

2012-2013

Community Health Learning Fellowship Programme



Ranu Sharma (CHLP fellow)

*SOCHARA-SOPHEA, Bangalore,
India*

Team mentor -

Mr. As Mohammad

Field Mentor - Mr. Ajay Pandit

Contents

S.No	Topic	Page No.
I.	Why did I join CHLP ?	1
II.	Acknowledgements	2
III.	Learning objective in CHLP	3
IV.	Over All Learning for CHLP	4
	1- Orientation	
V.	Organizations visited and projects Undertaken	8
VI.	My experience at the field	
	1- Field experience of SLUMS in Bhopal	9
	MUSKAAN ,Bhopal Organization profile	
	2-Field experience of RURAL in Harda	17
	SYNERGY, Harda Organization profile	
VII.	Research study project	39
VIII.	Overall conclusion	67
IX.	Reading list	68
X.	Photos	69

I. Why did I join CHLP ?

सामाजिक कार्य (M.S.W) के अन्तर्गत मेरे द्वारा मध्य प्रदेश के विभिन्न एन.जी.ओ. के साथ आदिवासी समुदाय में कार्य किया गया। जहाँ मैंने पाया कि ग्रामीणों को स्वास्थ्य कि सेवाएँ ठिक से नहीं मिल पा रही हैं , समुदाय को स्वास्थ्य के विषय में जानकारी नहीं है,शासकीय विभागों द्वारा भी स्वास्थ्य के मुद्दों पर समुदाय को पुर्ण जानकारी नहीं दि जा रही है , डॉक्टरों के द्वारा लोगों का सही ईलाज ना करके ईलाज के नाम पर अधिक रूपयें लिये जा रहे हैं।

मेरे परिवार व पड़ोस में 3- 4 लोग लकवा से ग्रस्त हैं, उन लोगो को समय पर सही ईलाज नहीं मिल सका, इस कारण वो ठिक नहीं हो पाये हैं, ये बात मुझे हमेशा परेशान करती रहती है, कि मैं इन लोगो के लिये कुछ नहीं कर पा रही हूँ।

धार जिले में ताल संस्था के साथ गंधवानी ब्लाक में 2 वर्ष 6 माह बाल अधिकारों पर कार्य किया, यहाँ पर हम बच्चों के अधिकार के अन्तर्गत स्वास्थ्य के अधिकार पर भी कार्य करते थे, पर मुझे स्वास्थ्य के विषय पर ज्यादा जानकारी नहीं थी। इस कारण समुदाय कि स्वास्थ्य समस्याओं को हल करने में पुर्ण रूप से मदद नहीं कर पाती थी।

इस लिये मुझे अहसाह हुआ कि मुझे स्वास्थ्य विषय पर अपनी जानकारी को और बढ़ाना के जरूरत हैं। 2011 में मुझे SOCHARA कि फ़ैलोशिप के बारे में पता चला,जनवरी 2013 में मेरे द्वारा फ़ैलोशिप को ज्वाइन किया गया। इस फ़ैलोशिप के माध्यम से स्वयं कि क्षमतावर्धन करते हुए, समुदाय का स्वास्थ्य के मुद्दों पर क्षमतावर्धन करने में सहायता कर सकुगी।

II. Acknowledgements - आभार

डॉ. रवि नारायण और डॉ. थेलमा नारायण जिन्होंने इस फ़ैलोशिप कि शुरूवात कि और मुझे इस फ़ैलोशिप में सम्मिलित होने का मौका दिया । मेरे टीम मेंटर श्री आस महोम्मद सर , प्रोग्राम को-ओडीनेटर डॉ. युवराज , डॉ. आदित्या, श्री कार्तिक , सोचारा- बेंगलोर टीम सदस्य एवं साथी फ़ैलो, का सहयोग रहा हैं। Community Health Learning Fellowship Programme के दौरान मेरी क्षमता को बढ़ाने के लिए समय – समय पर प्रोत्साहित व मार्गदर्शन दिया गया। सिनर्जी संस्था ,फिल्ड मेंटर श्री अजय पंडित, सिनर्जी टीम सदस्यों द्वारा कार्य क्षेत्र में कार्य करने में विशेष मार्गदर्शन व सहयोग दिया गया। इसके साथ ही मेरे भविष्य को उज्वल बनाने में मेरे परिवार का महत्वपूर्ण योगदान हैं।

III. Learning objective in CHLP

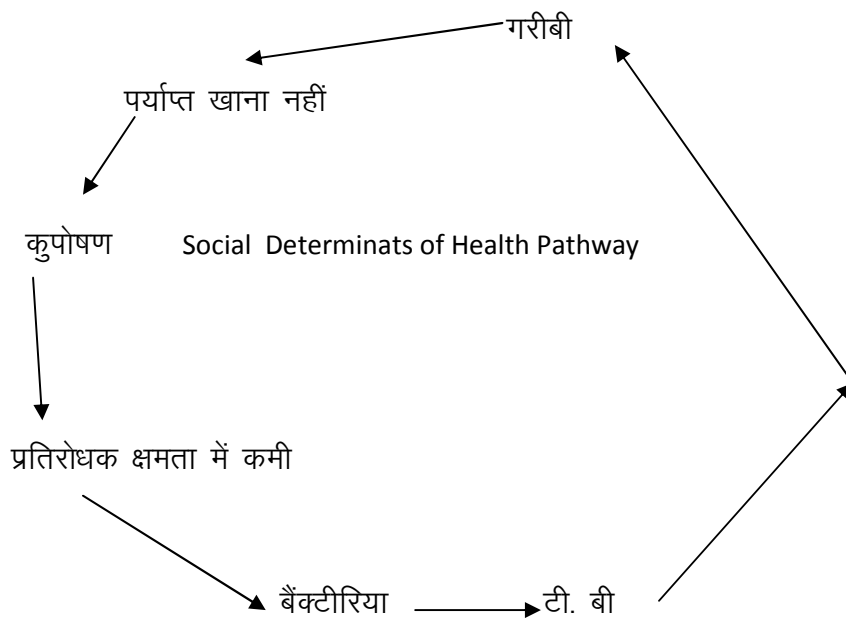
- 1- स्वास्थ्य क्या हैं ? समझना
- 2- सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली को समझना (Understanding the Public Health System)
- 3- स्वास्थ्य लोगों के जीवन को कैसे प्रभावित करता हैं। समझना
- 4- शहरी व ग्रामीण स्तर पर स्वास्थ्य सेवाएँ कि स्थिति को समझना
- 5- व्यक्तिगत विकास (Personal growth) –
 - जानकारी को एकत्रित करना (Collection of information)
 - अध्ययन करना व डाटा को एकत्रित करना (Research and data collection)
 - समस्याओं कि पहचान करना (problem identification)
 - कौशल - (skill)
 - प्रस्तुतीकरण (Presentation)
 - प्रतिवेदन लेखन (Report writing)
- 6- एन.आर.एच.एम. के सामुदायिक करण को समझना

IV. Over All Learning for CHLP

1. Orientation -

1.1 स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक – (Social Determinants of health)

स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक एक आर्थिक और सामाजिक स्थिति हैं, किसी भी व्यक्ति का जन्म कहा हुआ है, यह निर्धारित करता है, कि उसका विकास कैसा होगा। उसके सामाजिक स्तर पर निर्भर करता है कि उसका स्वास्थ्य कैसा होगा, स्वास्थ्य को प्रभावित करने में सामाजिक निर्धारक एक बहुत बड़ी भूमिका निभाते हैं। परिवार को स्वास्थ्य रखने के लिए माँ की शिक्षा बहुत महत्वपूर्ण है।



अवलोकन – स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारक में भोपाल कि झुग्गी बस्तियों में पाया कि, यहाँ पर लोगों को शुद्ध पानी, अच्छा वातावरण, रहने का स्थान, पूर्ण रूप से प्राप्त नहीं हो पा रहा है। बच्चों व महिलाएँ शिक्षा व स्वास्थ्य कि पूर्ण सुविधाएँ का लाभ नहीं ले पा रहे हैं। उस क्षेत्र में होने वाली किसी भी घटना पर पुलिस वालों के द्वारा गंगानगर से बच्चों को थाना ले जाते हैं , यहाँ शराब, गुटके का सेवन अधिक किया जाता है, इस कारण लड़ाई व हिंसा होती रहती है।

1.2 सामाजिक न्याय – (Social justice)

हर व्यक्ति को जीवन जीने के लिये मुलभुत सुविधाओं कि आवश्यकताओं होती हैं, परन्तु वर्तमान समाज अमीर और गरीबी के दो भागों में बटा हैं। गरीबों को अपनी मुलभुत सुविधाएँ नहीं मिल पा रही हैं, उनके साथ सामाजिक अन्याय हो रहा है, रहने के लिये घर नहीं, खाने के लिये खाना नहीं , पहने के लिये कपड़े नहीं, विकास के लिये शिक्षा व स्वास्थ्य कि व्यवस्था नहीं हैं।

अवलोकन – शहरी व ग्रामीण क्षेत्र में सामाजिक न्याय को देखने पर पाया गया कि गरीबों के लिये जो सुविधाएँ दी जा रही हैं, उसका वो पुर्ण रूप से लाभ नहीं ले पा रहे हैं। सरकारी अस्पताल तो हैं, पर स्टाफ का व्यवहार ठिक नहीं होने के कारण समुदाय सरकारी सेवाओं को नहीं ले पा रहे हैं। बी.पी.एल. कार्ड जो बने हैं, उसमें कुछ अमीर लोग के बने हैं। इसका लाभ जिन्हें (जरूरतमन्द) मिलना था, उन्हें पुर्ण रूप से नहीं मिल पा रहा है।

1.3 महिला स्वास्थ्य व जेंडर – (Women's Health and Gender)

अवलोकन – शहरी व ग्रामीण दोनो क्षेत्र में महिला के स्वास्थ्य के विषय में पाया कि महिलाओ को स्वास्थ्य से संबंधी अनेक समस्याएँ जैसे- एनीमिया, कमजोरी, घरेरू हिंसा के कारण मानसिक तनाव , माहावारी संबंधी समस्याएँ, यौन संचारी रोग, पुर्ण पोषणाहार नहीं आदि। इसके साथ महिलाओं के स्वास्थ्य पर जल्दी से ध्यान नहीं दिया जाता है, महिलाएँ अपनी इन समस्याओं को परिवार के सदस्यों को नहीं बता पाती, स्वास्थ्य सुविधाओं में भी महिला डॉक्टर के ना होने के कारण इन्हें समय पर ईलाज नहीं मिल पा रहा। महिला – किशोरी स्वास्थ्य के विषयों पर खुल कर बात नहीं होती हैं। पुरुष प्रधान समाज होने के कारण महिलाएँ अपने फैसले स्वयं नहीं ले पाती, उन्हें अपनी छोटी – छोटी आवश्यकताओं के लिये पुरुष पर निर्भर रहना पड़ता है।

1.4 मजबुत समुदाय (Building community) –

समुदाय में प्रत्येक व्यक्ति की अपनी – अपनी सोच व आवश्यकता होती है, रुचिकर लोग किसी समान उद्देश्य के लिये एकत्र होते हैं,तो उसे हि समुदाय कहते हैं।

किसी भी नये काम को शुरू करने से पहले उस क्षेत्र कि समस्याओं को जानने के लिये कोसल लुप डायग्राम के माध्यम से मुल समस्या कि पहचान करे, उसके बाद समुदाय कि आवश्यकताओं को

देखकर हि किसी कार्य कि शुरुवात करना चाहिए, नये उद्देश्य के साथ समुदाय का निर्माण करना होगा, समुदाय को बनाने के लिये पहले लोगो से अच्छा व्यवहार होना चाहिये,किसी भी कार्य को करने के लिये लोगो को तैयार करना होगा, समुदाय को नहीं ।

1.5 संचारी और गैर संचारी रोग – (Communicable & Non communicable Disease)

समुदाय को संचारी (जैसे – कुष्ठ ,टी.बी.,एच.आई.वी.) और गैर संचारी रोगो (कैंसर, मधुमेह, अस्थमा,मानसिक तनाव) के बारे में बुनियादी जानकारी कि कमी हैं, सरकार के द्वारा इन रोगों पर अनेक नीतियाँ (policy) बनाई गयी हैं, पर स्वास्थ्य विभाग के द्वारा जमीनी स्तर पर समुदाय व आशा प्रेरको कि जानकारी को बढ़ाने के लिये कोई ठोस कार्यवाही (कार्यक्रम) नहीं कि जा नहीं हैं। मुझे लगता हैं कि इस विषय पर समुदाय व आशाओं को जानकारी देना बहुत आवश्यक हैं, क्योकी हमें स्वास्थ्य रहने के लिये बिमारीयों को आने ही नहीं देना हैं।

1.6 पर्यावरण स्वास्थ्य (Enviroment Health)–

शहरी क्षेत्र में पाया गया कि यहाँ पर नालियों और कचरे का उचित प्रबंध नहीं हैं, इस कारण पर्यावरण प्रदुषित हो रहा हैं, लोगों को प्रदुषित जल मिल रहा हैं, इस कारण अनेक जलजनित बीमारीयों (Water borne disease) जैसे – मलेरिया, टाईफाइड , डायरिया (Malaria , Typhoid, Diarrhoea) से लोग पेशान हो रहे हैं। ग्रामीण क्षेत्र में भी प्रदुषण हैं,यहाँ वर्षाकाल में मलेरिया,डायरिया व खुचली से ज्यादा लोग पिड़ित रहते हैं।

ग्रामीण व शहरी क्षेत्र में व्यवसाय लोगो के स्वास्थ्य को प्रभावित कर रहा हैं, खेती में अधिक रासायनिक खाद व दवाईयों के प्रयोग के कारण खेती में काम करने वालो को त्वचा व सास संबंधी रोग अधिक हो रहे हैं, शहरो में बस्तीयों से नगर पालिका के अन्तर्गत कचरा व नाली साफ करने वाले लोगो को खुचली व सास संबंधी बिमारीयों ज्यादा हो रही हैं, साथ हि वाहनों से निकलने वाले धुएँ के कारण अनेक स्वास्थ्य संबंधी समस्या दिन पर दिन बड़ती जा रही हैं।

1.7 आयुष (AYUSHS)

“मनुष्य का आस्तित्व उसके अन्दर होता हैं, पंचभुत कि मात्रा बराबर होने पर कोई बिमारी नहीं होती। ”

वनस्पति ज्ञान के द्वारा घरेरू उपायो से प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल (Primary health care) आसानी से ,व कम खर्च पर किया जा सकता, वर्तमान में परम्परा कमजोर होती जा रही हैं, और इसके स्थान पर Medical care के नाम पर दवाईयो को बढ़ावा दिया जा रहा हैं, जो गलत हैं।

हमें सामाजिक स्वास्थ्य (social health) पर काम करना है, ना कि Medical care पर । स्थानीय संसाधन , वैद्य , दाई , वृद्धो ,दादी माँ के नुस्को को बढ़वा देकर ,समुदाय में बदलाव लाने के लिये हमें सकारात्मक रूप से काम करना होगा।

1.8 अनुसंधान (Research) –

गुणात्मक अनुसंधान से किसी भी समस्या के मुल कारणो को जानकर उसका हल निकालने में सहायता मिलती है। संख्यात्मक अनुसंधान में किसी भी क्षेत्र कि स्थिति के बारे में संख्या के रूप में जानकारी मिलती है। इससे हम उस मुद्दे पर आगे कार्यवाही करते हैं।

1.9 मानसिक स्वास्थ्य (Mental Health) –

मध्य प्रदेश में ग्रामीण व शहरी दोनो क्षेत्रो में मानसिक स्वास्थ्य पर अभी बहुत कार्य करने कि आवश्यकता है, जमीनी स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य के विषय में छोटी – छोटी बातों कि जानकारी आशा. ए.एन.एम. ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता के माध्यम से स्व सहायता समुह , स्कुल स्तर व पंचायत स्तर पर लोगो को देना होगी। सरकारी नितियों व सुविधाओं में मानसिक स्वास्थ्य पर और सुधार करना होगा।

1.10 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (N.R.H.M) –

स्वास्थ्य के सामुदायीकरण में आशा प्रेरक, ग्राम सभा स्वस्थ्य ग्राम तदर्थ समिती, जिला स्तर पर रोगी कल्याण समिती कि महत्वपूर्ण भूमिका है, परन्तु जमीनी स्तर पर इस कार्यक्रम में अनेक कमियाँ हैं,

जैसे – आशा प्रेरको को कार्य के दौरान अनेक चुनौतियों, स्वास्थ्य विभागो द्वारा मुंल्याकन व सहयोग कि कमी, तदर्थ समिती के सदस्यो को पुर्ण जिम्मेदारी का ज्ञान न होना। इन कमियो को दुर करने के लिये निश्चित रणनीति होनी चाहिये ,जिससे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के उद्देश्यो पर पुर्ण किया जा सके।

1.11 पैरवी (Adovocacy) – सूचनाओ के माध्यम से स्थानिय स्तर के संसाधन का उपयोग करके

,समाज में लोक स्वास्थ्य के मुद्दो पर व्यवस्थित परिवर्तन लाना होगा। लोक स्वास्थ्य के लिए जमीनी स्तर के लिये पैरवी कि अति आवश्यकता है। उदाहरण के लिए, राजस्थान में प्रयास संस्था के द्वारा मुफत में दवाईयों के मुद्दे पर पैरवी कि गयी थी । आदि

V. Organizations visited and projects Undertaken

- 1- **The Green Foundation**, Bangalore April 2013
- 2- **Basic Need India** , Bangalore April 2013
- 3- **FRLHT**, Bangalore July, 2013
- 4- **The Association of People with Disability(APD)**,Bangalore October 2013
- 5- **KARUNASHRAY**,Bangalore Hospice Trust, November 2013
- 6 - **TRICHY Tamil Nadu** , December 2013

Conferences & meeting attended

- 1- **KARUNA Trust , The PLASTIC COW** Bangalore Jan, 2013
- 2- **MFC** , Hederabad February, 2013
- 4- State level consultation on **“Ban on Tobacco Advertising, Promotion and Sponsorship”** July, 2013
- 5- Transation analysis, October 2013
- 6- The 4th Annual Conference of The Karnataka Chapter of the Indian Academy of **Geriatrics** on **“Identifying solutions to challenges in Geriatrics”**, December 2013

उपरोक्त संस्थाओं के अवलोकन में यह जाना कि दक्षिण भारत कि संस्थाएँ स्वास्थ्य के मुद्दो पर बुनियादी स्तर से कार्य कर रही हैं। इससे वह वास्तविक जरूरत मंद लोगो को सेवाएँ पहुँचा रही हैं। इन संस्थाओ के माध्यम से समुदाय में जागरूकता के लिये अनेक कार्यक्रम किये जा रहे हैं , स्वास्थ्य कि शिक्षा को बढ़ाने के लिये शिक्षा कार्यक्रम के अन्तर्गत छात्रवति ,प्रशिक्षण किये जा रहे हैं, जो एक अच्छी पहल हैं, इन कार्यक्रमो के द्वारा समुदाय में कार्य करने वालो को ज़मीनी स्तर कि जानकारी दी जा रहीं हैं।

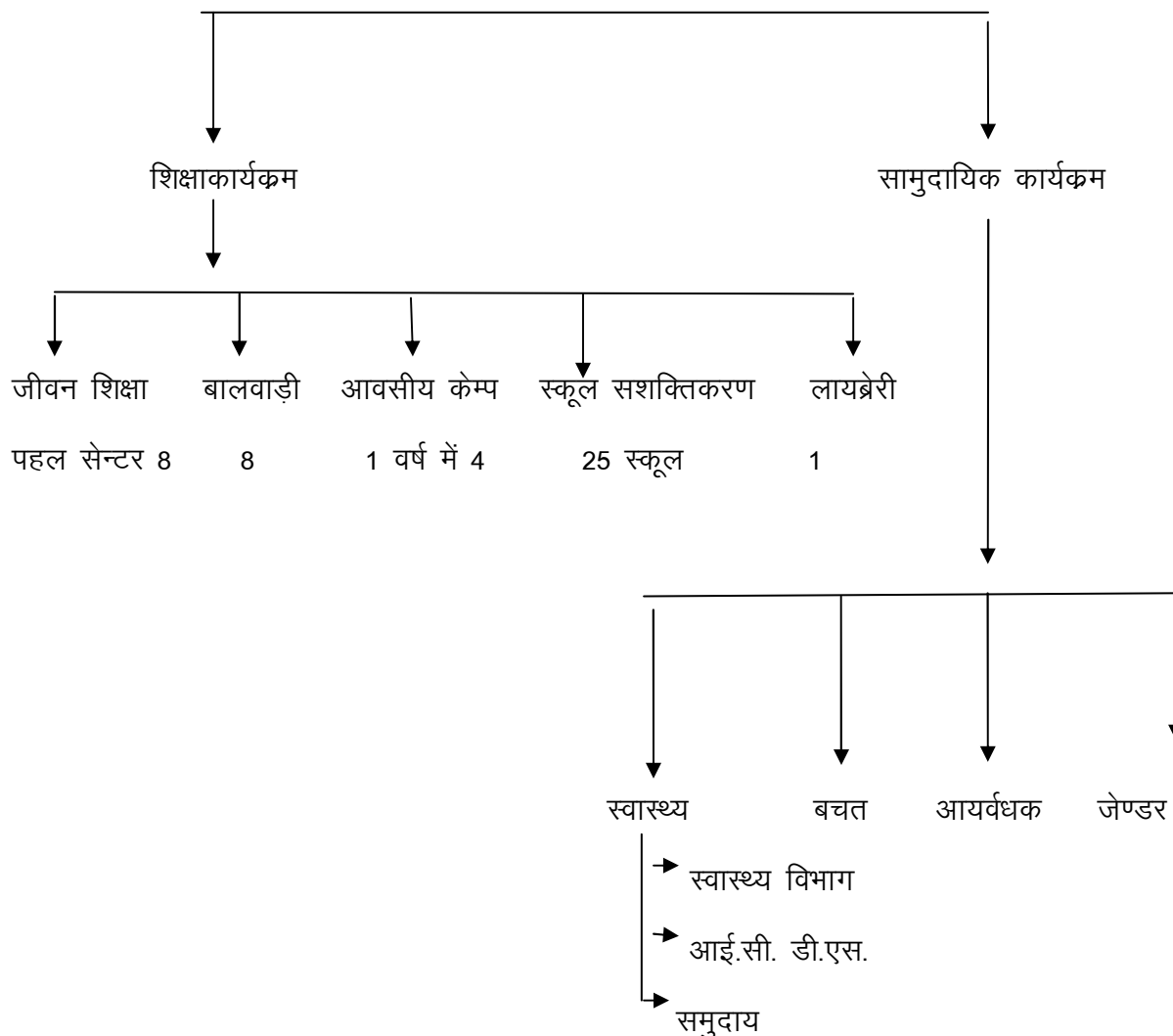
यहाँ पर *Conferences & meeting* में सीखा की अनेक ऐसे स्वास्थ्य के विषय हैं, जिनके विषय में मैंने कभी गहराई से नहीं सोचा था, उन पर समझ बनी – वृद्ध, पर्यावरण,भारत के विभिन्न गैर सरकारी संगठनो के साथ हि ,सरकार, व अन्य देशों जैसे – पाकिस्तान आदि से जुड़ कर इन विषयों पर बात कर समाधान खोजने कि कोशिश कि जा रही हैं। ये सब मेरे लिये बहुत उपयोगी हैं।

VI. My experience at the field

1-Field experience of SLUMS in Bhopal (Feb. to March 2013)

1.1 MUSKAAN ,Bhopal Organization profile -परिचय:- मुस्कान संस्था एक रजिस्टर (28/2268) संस्था है जो 1998 से भोपाल में शहरी वंचित बस्तियों में शिक्षा, स्वास्थ्य, आजीविका, जेंडर के विषयो पर काम करती है। संस्था का कार्यक्षेत्र भोपाल की शहरी बस्तिया हैं। मुस्कान विशेषकर कुछ खास समुदायो के साथ काम करता है जिसमे गोंड पारधी, दलित, बंजारा व कचरा बीनने वाले लोगो के साथ काम करती हैं।

मुस्कान संस्था के कार्य



1.2. शहरी मलिन बस्ति कार्य अनुभव- (slums field experience)

1.2.1 डिस्पेन्सरी- स्टाफ 1 मेडिकल आफिसर , 3 ए.एन.ए, 2 स्टाफ नर्स ,1 लेब टेकनिशियन, 1 आया, 1 वार्ड बाय, 1सफाई कर्मी। डिस्पेन्सरी से निकलने वाले कचरे को आया द्वारा डिस्पेन्सरी के मैदान में खुले में फेक दिया जाता है ,यहाँ गड्डे में नहीं डाला जाता और नहीं इसे जलाया जाता है। जिससे परिसर में गंदगी होती है ,व अन्य बिमारीया फैलने होने का खतरा बढ़ जाता है।

डिस्पेन्सरी से रेफर प्रक्रिया – गंभीर अवस्था में शासकीय अस्पताल – काटजू व 1250 में रेफर किया जाता है। यहाँ पर प्रसव नहीं किये जाते हैं ,दोनो सरकारी अस्पताल काटजू व जय प्रकाश (1250)में रेफर किया जाता है।

स्वास्थ्य समस्या – इस क्षेत्र में कोई विशेष बिमारी नहीं है,सामान्य तौर पर सर्दी,बुखार होता रहता है,स्वास्थ्य से संबंधित को बड़ी समस्या नहीं है।

कमला नगर डिस्पेन्सरी भोपाल,औषधि और चिकित्सा कि आपूर्ति

(Kamla nagar dispensary, Bhopal, Drug and Vaccing supply and Distibution)

डिस्पेन्सरी



- दवाई खत्म होने से 15 दिन पहले 2 प्रतियों में लेटर
- जयप्रकाश शासकीय अस्पताल में सिविल सर्जन को
- स्टोर
- स्टोर से डिस्पेन्सरी को दवाई दी जाती है
- लेटर के 15 दिनों में दवाईया आ जाती है।

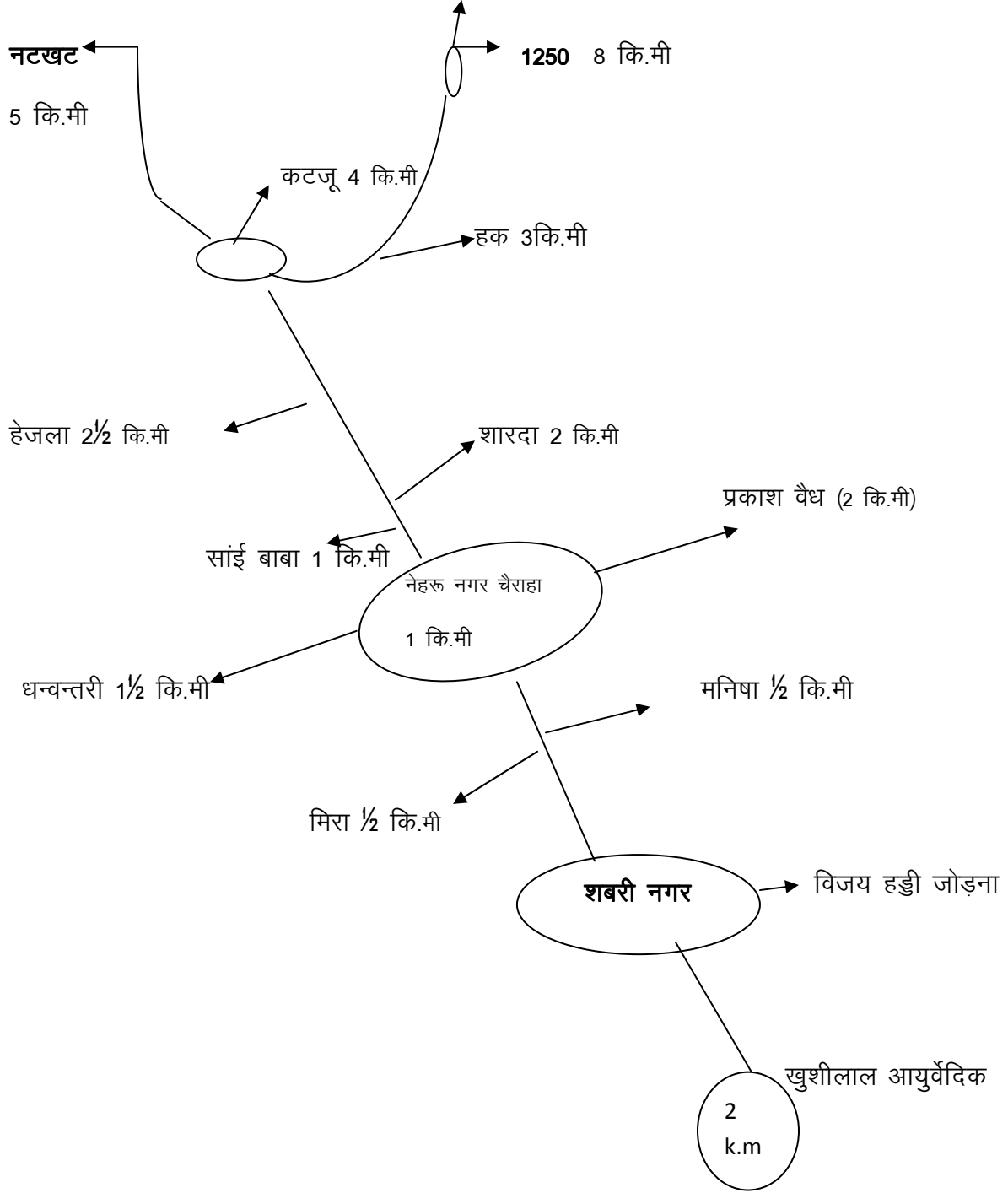
1 बार में 5000 तक दवाईया बुलवायी जाती है,यहाँ 70 प्रकार कि दवाईया है।

1.2.2 स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच –

स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच (Health services Apporoch)							
क्रं.	नाम	संख्या	प्रकार	क्रं.	नाम	संख्या	प्रकार
1	धन्वन्तरी	02	आयुर्वेदीक अस्पताल	8	नटखट	01	प्रायवेट अस्पताल
2	खुशीलाल	01	आयुर्वेदीक अस्पताल	9	हक	01	प्रायवेट अस्पताल
3	काटजू	01	सरकारी अस्पताल	10	साई	01	मेडिकल
4	जय प्रकाश (1250)	01	सरकारी अस्पताल	11	मिरा	01	मेडिकल
5	मनिषा	01	प्रायवेट अस्पताल	12	प्रकाश	01	वैद्य
6	शारदा	01	प्रायवेट अस्पताल	13	विजय	01	हड्डी
7	हजेला	01	प्रायवेट अस्पताल				

स्रोत –कमला नगर कि डिस्पेन्सरी में डॉक्टर,ड्रग देने वाला, व आया से यह जनकारी प्राप्त हुई मार्च 2013

1.2.3 शबरी नगर से स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच का मानचित्र :-



1.2.4.1.गौतम नगर बस्ती का इतिहास:- इस बस्ती में रहते हुए लोगो को करीब 30-35 साल हो गये हैं। बस्ती में मुख्यतःआदिवासी गोड़ समुदाय के लोग रहते हैं, जो बैतुल ,होशंगाबाद, इटारसी से काम की तलाश मे आकर रह रहे हैं।

2.गौतम नगर बस्ती:- गौतम नगर बस्ती कस्तुरबा नगर कालोनी के बीचो – बीच स्थित हैं। यह बस्ती 60 फिट चौड़ाई व 80 फिट लम्बाई की प्रायवेट जगह पर बसी हुई हैं। जिसमें करीब 50 परिवार निवास करते हैं। वर्तमान में कुल जनसंख्या 220, महिला 117 व पुरुष 103 हैं। प्रायवेट जगह पर बसे होने के कारण कभी भी उजाड़ देने का डर हमेशा बना रहता हैं। इसी डर के साथ यहा के लोग अलग –अलग आजीविका के साधन अपनाकर अपना जीवन यापन कर रहे हैं।

यह बस्ती काफी समय से बसी है। फिर भी यहा के लोगो के पास राशन कार्ड व वोटर कार्ड नहीं हैं। बस्ती में नगर निगम द्वारा लगाये गये 2 पीने के पानी के नल हैं, जिन पर बस्ती के लोगो को आश्रित होना पड़ता हैं। साथ हि बिजली की कोई व्यवस्था नही होने के कारण लोगो ने पास के बिजली के तार पर अपना तार डालकर बिजली जलाते हैं।

3.व्यवसाय की स्थिति:- इस बस्ती के अधिकतम लोग पेप्सी, कोका- कोला की दुकानों मे लोडिंग ,अनलॉडिंग का काम करते ,यहाँ दुकानें बस्ती के पास होने के कारण इन्हें दुकानों में काम आसानी से मिल जाता हैं। यहाँ काम न मिलने पर दूर काम करने के लिये भी जाते हैं। इसके अलावा इस बस्ती में 5-6 परिवार पीपा ,बाल्टी सुधारने के साथ टीन के सामान (सिगड़ी, चूल्हा, पड़ला) बनाकर बेचते हैं। इसके अलावा सभी परिवार कचरा बीनने का काम करते हैं,ये परिवारों की आमदानी का मुख्य स्रोत हैं। जिसमें महिलाएँ व बच्चों की संख्या ज्यादा हैं, 50 परिवारो में से 15 परिवार नगर निगम के अर्न्तगत घर-घर जाकर कचरा उठाने का काम करते हैं, 1 घर से महिला और पुरुष दोनो जाते है, इन्हे प्रति परिवार को 6000 रू वेतन मिलता हैं।

4.राशन दुकान की दुरी:- बस्ती से करीब आधा किलोमीटर दूर राशन दुकान हैं जिसमे लोग जाकर राशन लेते है



5.रहने की स्थिति:- बांस लकड़ी और पोलिथिन से बनी 10 फिट लम्बाई और 10 फिट चौड़ाई की झुग्गी बनाकर रहते हैं, फर्श कच्चा होता है, बारीश के दिनों में बस्ती में काफी कीचड़ होता है, क्योंकि झुग्गी पास-पास होने के कारण जल निकासी की कोई जगह नही हैं। जिससे गंदगी भी बहुत होती हैं। घर एक – दुसरे के बहुत पास है, ठिक से निकल भी नहीं पाते है, इस बस्ती में गंदगी बहुत ज्यादा है। इस कारण यहाँ बिमारीयों भी अधिक हैं।

6.शौचालय की स्थिति:- इस बस्ती में एक भी शौचालय नही हैं बस्ती में बहुत कम जगह होने के कारण लोग बहुत मुश्किल से झुग्गी में रह पाते हैं और बस्ती के पास में नाला होने के कारण लोग बाहर शौच करने जाते हैं। इस बस्ती के दूर – दूर तक सार्वजनिक शौचालय

नहीं हैं। बाह्य शौच के लिये जाने के कारण महिलाओं व लड़कियों को अनेक परेशानी होती है। 1-2 बार छेड़कानी की घटना भी हो चुकी है।

7. सामाजिक स्थिति:- इस समुदाय के लोग आपस में बहुत मिल जुलकर रहते हैं और कोई भी सामाजिक कार्यक्रम (शादी, बच्चों का जन्म व धार्मिक कार्यक्रम) में सभी की भागीदारी होती है। एक दूसरे की सामाजिक व आर्थिक रूप से मदद करते हैं।

8. शिक्षा की स्थिति:- इस समुदाय में केवल 2 परिवार ही पढ़े लिखे वह भी बहुत कम इसके अलावा इस समुदाय में कोई पढ़ा लिखा नहीं है। पिछले 10-12 सालों में मुस्कान संस्था के प्रयास से यहाँ के बच्चों नियमित पढ़ाई कर पा रहे हैं। आज यहाँ के बच्चों 5वी, 8वी व 10वी कि तैयारी कर रहे हैं। बस्ती से करीब 10 से 15 बच्चों रोज मुस्कान स्कूल में आकर पढ़ाई करते हैं। इन बच्चों को पढ़ाई के अलग - अलग तरीके से जोड़कर रखा जाता है।

9. बस्ती से स्वास्थ्य सेवाओं दूरी व स्थिति:- इस बस्ती से करीब 1 किलोमीटर दूर जनता क्वार्टर में आंगनवाड़ी इस कारण से बस्ती वालों की आंगनवाड़ी तक पहुँच नहीं है। इसके साथ ही यहाँ पास में कोई डिस्पेंसरी नहीं है, इस कारण इन परिवारों को कोई स्वास्थ्य सेवा नहीं मिल पाती है। इस बस्ती से शासकीय जयप्रकाश अस्पताल जिला अस्पताल 4 किलोमीटर दूर है, जिसमें जरूरत पड़ने पर इलाज कराने जाते हैं।

आंगनवाड़ी ना होने के कारण बच्चों को पोषण आहार, टीकाकरण, गर्भवती माताओं की जांच व किशोरियों को पोषण सही से नहीं मिल पा रहा है। कभी - कभी कार्यकर्ता बस्ती में आकर पोषण आहार, देती है। बस्ती के लोग अधिकतम इलाज कराने के लिए प्रायवेट अस्पतालों में जाते हैं जो अन्नानगर, हबीबगंज, में जाते हैं। मुस्कान संस्था द्वारा बस्ती में बालवाड़ी चलाई जाती है। जिसके तहत बच्चों को पोषण आहार दिया जाता है, किशोरियों व महिलाओं के साथ उनके स्वास्थ्य पर चर्चा की जाती है। स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचाने का प्रयास किया जा रहा है। बस्ती में चर्चा के दौरान महिलाओं ने बताया कि 2007-2008 में जब ऊषा कार्यकर्ता (मुस्कान की और से) सक्रीय रूप से काम करती थी, तब जयप्रकाश अस्पताल में डिलेवरीयां हुई थी। उसके बाद से अभी तक डिलेवरी घर पर ही हो रही है। अस्पताल में नर्स व डाक्टर ठीक से व्यवहार नहीं करते, इसलिए भी हम अस्पताल डिलेवरी के लिए नहीं जाते।

10. कम उम्र में पारिवारिक जिम्मेदारी:- बस्ती में लड़की - लड़के की उम्र 17-18 साल की होते होते ही शादी तय हो जाती है, इसके साथ ही लड़के पारिवारिक जिम्मेदारियों में लग जाते हैं, लड़कियाँ किशोरी होते ही पढ़ाई छोड़कर घर संभालने लग जाती हैं।

11. राशनकार्ड गिरवी रखना:- इस बस्ती में लोगों को पैसों की जरूरत पड़ने पर राशन कार्ड बस्ती में किसी पैसे वाले के पास या बस्ती के बाहर किसी परिचित के पास अपना राशन कार्ड गिरवी रख देते हैं। 1000 से 3000 तक रुपये राशन कार्ड से उधार लेते हैं। राशन कार्ड लोग अलग- अलग परिस्थिति में रखते हैं जिसमें कर्ज चुकाने के लिए, परिवार में कोई बिमार सालों में संस्था द्वारा किये गये प्रयासों से 8 गिरवी रखे गये राशन कार्ड छुड़ाएँ।

12. मदद समुह :- बस्ती आधारित महिलाओं का संगठन है इसमें जो परिवार बहुत आर्थिक परेशानी से गुजरता हैं। उन परिवारों को समुह द्वारा रूपये(500 से 1000) रूपये उधार दिये जाते है उन रूपये पर 1या 2 प्रतिशत ब्याज लेते हैं। इससे लोगो को अपना राशन कार्ड किसी के पास गिरवी नहीं रखना पड़ता। अपनी बस्ती से ही रूपये लेते है, और प्रतिमाह अपना राशन स्वय ही लेते हैं।

1.2.5. बस्ती की वर्तमान स्थिति :-

- **गंदगी अधिक हैं-** बस्ती के कुछ परिवार और बच्चे कचरा बीनने का काम करते हैं कचरा बीनकर घरों में लाते है, और कचरे की छटनी घर में ही करते है । जिससे गंदगी होती है, लोग साफ-सफाई बिलकुल नहीं करते है ,बस्ती में घरों के बीच में दुरी नहीं हैं। इस कारण हवा, सुरज की रोशनी भी ठिक से नहीं पहुँच पाती । संक्रमण वाले रोग 1 घर से दुसरे घर में फेल रहा हैं।
- **नशिले पदार्थ का सेवन अधिक :-**शराब का सेवन अधिक होता है जिसके कारण लड़ाई झगड़े अधिक होते हैं। यहाँ महिलाओं द्वारा भी शराब /तम्बाकू का सेवन किया जाता हैं।
- **महिलाओं पर हिंसा :-** शराब के कारण आये दिन पुरुष महिलाओ से लड़ाई ,वह मारपीट करते हैं
- **किशोरी लड़कीया सुरक्षित नहीं है-** शराबीयो के बीच रहने व बाहार शौच के लिये जाने के कारण वे अपने को असुरक्षित महसूस करती है
- **सरकार द्वारा अनदेखी-** इस बस्ती के लिये कोई भी मूलभूत सुविधाओं की व्यवस्था सरकार द्वारा नहीं की जा रही हैं। शासकीय योजनाओं का लाभ भी नहीं मिल पा रहा हैं।
- **स्वास्थ्य समस्या -** उल्टी ,दस्त बच्चों को होते रहते हैं। 3 व्यक्तियों को टी.बी. की बिमारी हैं।
- गंदगी के कारण खुचली की बीमारी हो रही हैं,इससे 4 परिवार अधिक प्रभावीत हैं।
- **साफ पिने के पानी कि व्यवस्था नहीं -** दो सरकारी नल है, जिसमें से दिन में 1-2 घटें पानी आता हैं ये नल नाली के बीचो - बिच लगा हैं,बस्ती वाली महिलाएँ यही पर कपड़े धोती हैं।



स्रोत - गौतम नगर के महिला व पुरुष से चर्चा के अनुसार मार्च 2013

1.2.6. किशोरीयों बालिकाओं कि दिनचर्या :-

सुबह – 6 से 7 बजे उठना,काम पर जाना –7 से 10 तक,वापस आना – 11 तक

घरेलू काम– – 12 से 6 (छोटे भाई– बहन को सम्भालना,व्यक्तिगत कार्य– खाना ,नहाना,सोना)

अन्य कार्य –खाना,सोना

1.किशोरी बालिका डाईट चार्ट

व्यक्तिगत जानकारी	दिन	समय	डाईट	रिर्माक
मनिषा –प्रकाश	सुबह	7 बजे	1 कप चाय, 2 टोस्ट/ब्रेड	
उम्र– 13 वर्ष	दोहपर	12 बजे	½ सब्जी , ½ दाल (मुंग,तुवर), 2–3 रोटी(मक्का,गेहूँ)	
राशन कार्ड– बी.पी.एल	शाम	4 बजे	1 कप चाय, 2 टोस्ट/ब्रेड	
	रात	10 बजे	½ सब्जी , ½ दाल, 2–3 रोटी,चावल	
स्थान – बाबु नगर				

2.किशोरी बालिका डाईट चार्ट

व्यक्तिगत जानकारी	दिन	समय	डाईट	रिर्माक
रोशनी –महेन्द्र	सुबह	7 बजे	1 कप चाय, खस्ता	
उम्र– 10 वर्ष	दोपहर	12 बजे	½ सब्जी , ½ दाल,1 रोटी	
बी.पी.एल	शाम	4 बजे	1 कप चाय, खस्ता	
स्थान – बापू नगर	रात	8–9 बजे	½ सब्जी ,1रोटी	

यहाँ झारा समुदाय के लोग लड़कीयों को ज्यादा नहीं पढाते, 8 से 10 साल कि कम उम्र में हि सगाई कर देते हैं, इस कारण ये लड़कीयों पढाई नहीं कर पाती। कम उम्र में हि इन पर घर कि जिम्मेदार आ जाती हैं। ये अपनी माँ के साथ काम पर जाती हैं।

स्रोत – बापु नगर में मनिषा व रोशनी से चर्चा के अनुसार फरवरी 2013

1.2.7.केस अध्ययन

2.7.1. शिशु मृत्यु समीक्षा केस अध्ययन – (Infant Death review case study)

परिचय – मध्य प्रदेश कि राजधानी भोपाल के बापु नगर में कालू का परिवार पिछले 35–40 वर्ष से निवास कर रहा हैं।

मायके कि स्थिति – सुमन का परिवार नेहरू नगर में रहता हैं ,परिवार में माता –पिता,5 बहन व 6 भाई है,सुमन तिसरे नम्बर कि हैं,ये सभी मजदुरी करके अपनी अजिवीका चलाते थे।

वैवाहिक स्थिति – सन् 2000 में कालु का विवाह भोपाल के नेहरू नगर में रहने वाली सुमन से हुआ । जब इनका विवाह हुआ था। तब सुमन कि उम्र –16 वर्ष व कालू कि उम्र –22 वर्ष थी । कालू झारा बनाने का काम करना व मजदुरी करता हैं। इस परिवार का बी.पी.एल का राशन कार्य हैं। सुमन (30वर्ष) व कालू (35वर्ष) ने 5 बच्चों को जन्म दिया ,वर्तमान में इनके 4 बच्चें हैं, अकिंत – 11 वर्ष, अमित – 09 वर्ष,मोहित – 05 वर्ष, रोहित – 02 वर्ष, रोहित से पहले एक बच्चें कि मृत्यु जन्म के 2 दिन बाद हो गयी थी।

गर्भावस्था – सुमन ने चौथी सन्तान के समय आंगनवाड़ी से पोषणाहार पैकेट समय – समय पर लिया ,नियतिम ए.एन.एम. से चेकअप करवाया व,1 टीका भी लगवाया थे ,सुमन ने इस समय गेहूँ कि रोटी ,हरी सब्जियों,व मौसमी फल का सेवन किया।

शासकीय स्वास्थ्य सेवा – प्रसव पिड़ा होने पर परिवार वाले बस्ती कि दाई को साथ में लेकर शासकीय अस्पताल काटजू ले गये ,यहाँ ए.एन.एम. द्वारा देखकर कहों गया कि अभी प्रसव में समय लगेगा, 1– 2 दिन बाद आना, अस्पताल में भर्ती न करने के कारण सुमन को घर वापस ले आये।

रात में सुमन को प्रसव पिड़ा होने पर दाई ने प्रसव करवाया ,सुमन ने लड़के को जन्म दिया, बच्चें कि नाल दाई ने पुरानी ब्लेड से काटी ,नाल ठिक से नहीं बंधी इस कारण उसमें से खून निकल रहा था। घर वालों ने उस पर ज्यादा ध्यान नहीं दिया। जन्म के पुरन्त बाद सुमन ने बच्चों को दुध पिलाया,अगले दिन बच्चों को बुखार आ गया,घर वालों ने उसे सामान्य लिया ,डॉक्टर को नहीं दिखया,वो दिन पुरा निकल गया दुसरे दिन भी बुखार रहा ,शाम को 6 बजे के लगभग बच्चों कि मृत्यु हो गयी। घर पर प्रसव होने के कारण बच्चों को समय पर टीके नहीं लगे,परिवार द्वारा बुखार को सामान्य समझा गया और बच्चों का समय पर ईलाज नहीं, करवाया इस कारण सुमन ने अपना बच्चा खो दिया ।रोहित के समय सुमन ने प्रसव अस्पताल में करवाया,व बच्चों का बहुत ध्यान रखा, बच्चों कि तबीयत को लेकर पुरा परिवार चौकना हो गया, बच्चों को कुछ भी होने पर पुरन्त डॉ. के पास ले जाते हैं। **स्रोत– सुमन से चर्चा के आधार पर मार्च 2013**

2.7.2 केस अध्ययन – मलिना की मुश्किल

जननी सुरक्षा - मध्य प्रदेश शासन द्वारा प्रसव अस्पताल में हो जिससे मातृ व शिशु की सुरक्षा हो व मातृ व शिशु मृत्युदर में कमी लाने के लिये जननी सुरक्षा योजना का संचालन किया जा रहा है।

परिचय – मध्य प्रदेश कि राजधानी भोपाल के बापु नगर में सोकतअली का परिवार पिछले 8 वर्ष से निवास कर रहा है। सोकतअली मुलतहः बिहार का रहने वाला हैं। काम कि तलाश में ये भोपाल आकर रहने लगे हैं। इस परिवार में सोकतअली (35 वर्ष),पत्नि मलिना (30 वर्ष),बच्चें अमन – 7 वर्ष,राजू– 5वर्ष ,रेशमा – 3 वर्ष ,अमजद – 2 माह का हैं।

परिवार के आय के स्रोत –सोकतअली दैनिक मजदुरी करता हैं,यह प्रतिदिन के 150रु कमाता हैं,यहाँ काम न मिलने पर ये पलायन करते है।12 –25 दिनों के लिये बिहार जाते रहते हैं।

गर्भावस्था – मलिना ने गर्भावस्थ के समय आंगनवाड़ी से पोषणाहार पैकेट समय – समय पर लिया ,नियतिम ए.एन.एम. से चेकअप करवाया व,टीका भी लगवाया ।

प्रसव कि स्थिती – मलिना ने शासकीय अस्पताल काटजू में 27 जनवरी 2013 को लड़के को जन्म दिया। बच्चा व माँ दोनो स्वस्थ थे। 3 दिन बाद मलिना की अस्पताल से छुट्टी हो गयी । जननी सुरक्षा योजना के अन्तगर्त मलिना को 1000 रु का चैक दिया गया।

रूपये प्राप्त करने में कौन – कौन सी समस्याओं का सामना किया –मलिना के नाम से बैंक खाता न होने के कारण वो चैक से रूपये नहीं निकाल पा रहें है,मलिना का परिचय पत्र व राशन कार्ड ना होने के कारण बैंक में खाता नहीं खुल पा रहा। मलिना व उसके पति बार – बार नगर निगम, बैंक के चक्कर लगा रहा हैं। पर आज (23.3.2013)दो महिने होने के बाद भी इनका परिचय पत्र व राशन कार्ड न बनने के कारण खाता नहीं खुल पा रहा हैं। 3 महिने के बाद चैक कि वैधता खत्म हो जायेगा वो भी 1 समस्या हैं।सोकतअली 6 से 8 बार परिचय पत्र व राशन कार्ड व खातें के लियें गये, जननी सुरक्षा के रूपये से ज्यादा तो वह अपनी मजदुरी (150X8=1200) व किराया (30X8=240) कुल –1440 रूपये गवा चुका हैं। और मानसिक रूप से भी परेशान हुआ ।

स्रोत– सोकतअली व मलिना से चर्चा के आधार पर मार्च 2013

2. Field experience of RURAL in Harda (1st May to June 2013, 2nd August to September 2013)

सिनर्जी संस्थान प्रोफाइल – (synergy ,Harda Organization profile)

सिनर्जी संस्थान युवा साथियों द्वारा गठित एक स्वैच्छिक संस्था है। संस्थान विगत 7 वर्षों से मध्यप्रदेश के हरदा जिले ग्रामीण क्षेत्र में सामाजिक विकास हेतु कार्यरत है। पिछले सात वर्षों में संस्थान प्रमुख रूप से बाल अधिकार एवं विकास, युवा सामाजिक उद्यमिता पंचायतराज एवं महिला नेतृत्व, आपदा प्रबंधन एवं स्वास्थ्य, के मदुदो पर प्रमुख रूप से कार्य किया है। संस्थान ने अपने लक्ष्य को ध्यान में रखते हुए समुदाय आधारित विकास, अधिकारों की जागरूकता, पैरवी,, प्रशिक्षण आदि को अपने कार्यों में प्रमुख रूप शामिल किया है। विजन एक ऐसे समाज का निर्माण करना जहाँ सभी स्वस्थ, शिक्षित, शोषण से मुक्त, समान, एवं शांतिपूर्व जीवन यापन कर सकें ।

संस्था द्वारा संचालित परियोजना व कार्यक्रम –

1. युवा स्व विकास एवं सामाजिक उद्यमिता स्रोत केन्द्र
2. चाइल्ड लाइन 1098
3. अनौपचारिक शिक्षा केन्द्र का संचालन
4. कुपोषण केन्द्रीत समग्र विकास कार्यक्रम
5. स्वास्थ्य का सामुदायिकरण में आशा प्रेरक प्रशिक्षण
6. महिला नेतृत्व कार्यक्रम
7. मीडिया संवेदनीकरण

2.2.1 ग्रामीण फिल्ड अनुभव (Rural field experience)

आशा प्रशिक्षण मॉड्यूल 6 एवं 7 के प्रथम चरण दिनांक – 8 से 13 मई 2013, स्थान – एस.एस.जी.बी. स्कूल, हरदा में प्रशिक्षण में 30 आशा प्रेरकों ने भाग लिया।

मुख्य उद्देश्य –

1. आशा के अनिवार्य कौशल व स्तनपान पर आशा को जानकारी देना
2. कुपोषण क्या, लक्षण व पहचान , क्या –क्या सावधानियाँ रखना होगा इस पर आशा को जानकारी देना।
3. दस्त रोग, ज्वर व श्वास रोग, मलेरिया ,टिकाकरण पर आशा को जानकारी देना ।
4. फिल्ड विजिट –नवजात शिशु के घरों का दौरे करके फार्म भरना व आशा के अनिवार्य कौशल को करना।

अन्य चर्चा के मुद्दे –

1. आशा की भूमिका की स्पष्टता और कार्य को व्यवस्थित करना
2. आशा के कार्य को मापनीय परिणाम से जोड़ना
3. समुदाय में महिलाओं के साथ बातचीत
4. प्रसव पूर्व देखभाल व गर्भावस्था में खतरे
5. प्रसूता साथी के लिये अनिवार्य जानकारी
6. नवजात शिशु की जांच और घरों का दौरा
7. हाथ धोना, नवजात शिशु का वजन मापना, नवजात शिशु का तापमान ज्ञात करना
8. टी.बी,मानसिक स्वास्थ्य – नवजात शिशु को गर्म रखना

परिवार को परामर्श – आशा प्रेरको को 3 लड़कियाँ होने पर ममता को व उसके ससुराल वालो को परामर्श देने के विषय में बताया व इस स्थिति में महिला मानसिक रोगी भी हो सकती हैं, इसलिये महिला को इस समय ज्यादा देखभाल कि जरूरत होती है। इस का महत्व बताया

2.2.2 ग्रामीण समुदाय को समझना (understanding community)

बरकला गाँव –

यह गाँव लगभग 400 साल पहले बसा है, यहाँ दो प्राचीन शंकर व हनुमान मंदिर हैं, परिवारो की संख्या – 216,जाति व्यवस्था –ग्राम बरकला में वर्तमान में निम्न जाति के परिवार निवास करते हैं– गुर्जर –60 ,काछी–50, हरिजन –,66 सिखर–2, मुस्लिम–20 , लुहार–2, गौड–2, कोरख– 1 , माली–5 ,नाई–1, ब्राहामण–2 ,धोबी –4 ,सुतार –1। शौचालय की स्थिति:– इस गाँव में लगभग 200 घरों में शौचालय बने हैं , 16 घरों में शौचालय नहीं हैं।

ग्रामीण सहभागिता मुल्यांकन –

1. मौसमी केलेण्डर – Mansoon Calender

महीना	जून	जुलै	अगस्त	सितंबर	अक्टूबर	नवंबर	दिसंबर	जनवरी	फरवरी	मार्च	अप्रैल	मई	जून
कृषि कार्य	पानी भरना, खेत तैयार करना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना	खेत तैयार करना, पानी भरना
बिमारी	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया	उल्टी, मलेरिया, बच्चों में निमोनिया
त्योहार	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण	श्रावण

मौसमी केलेण्डर –ग्रामिण सहभागिता मुल्यांकन कि एक पद्धति हैं, इससे ग्राम बरकला कि 12 महिनो में कौन –कौन सी फसल कब –कब बोई व काटी जाती है। यहाँ कि मुख्य फसल मगू ,सोयाबीन, गेहूँ हैं।12महिनो में कौन –कौन सी बिमारी का प्रकोप ज्यादा होता हैं ,इस गाँव में मार्च से डायरिया,उल्टी,मलेरिया,बच्चों में निमोनिया ,मार्च में मानसिक रोगियों को समस्याएँ अधिक होती

2. समय रेखा – Time line

Time line

इतिहास → जगन्नाथ 400 वर्ष

खेतों के नाम → चारखेड़ा → यहाँ 4 अलग-अलग खान पर 4 बुजुमान मंदिर

सबसे पुरानी मिनानी → शंकर मंदिर / बुजुमान मंदिर

बसाहट के समय ज.स. → जगन्नाथ 200

100 वर्ष पहले बिमारिया →

50 वर्ष पहले बिमारिया → बड़ी माला, हैजा

10 वर्ष पहले बिमारिया → T.B., पिलिया, अटैक, मानसिक बिमारि

5 वर्ष पहले बिमारिया → ब्लड प्रेशर, कैंसर

वर्तमान जनसंख्या → 1391

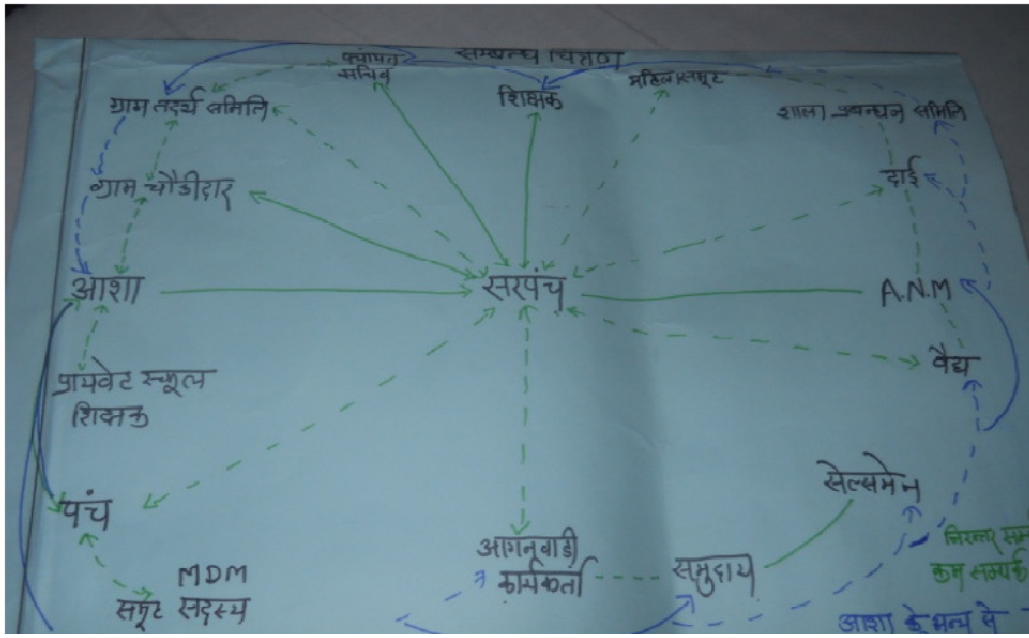
मकान संख्या → 216

बरकला पंचायत → बरकला पहले चारखेड़ा पंचायत के अन्तर्गत आता

30 वर्ष पहले बरकला स्वयं पंचायत बन गया।

समय रेखा – ग्राम बरकला के इतिहास के विषय में पता चला व स्वास्थ्य के विषय में जानकारी प्राप्त हुई,गाँव वालों के अनुसार 5– 10 साल पहले से बिमारियों का खतरा बढ़ता जा रहा हैं ,जैसे –टीबी, पिलीया , अटैक , मानसिक रोगी ,ब्लड प्रेशर कैंसर आदि ।इसका कारण पुछने पर पता चला कि खेतों में ज्यादा रासायनिक खाद, व दवाईओं के प्रयागे से इन बिमारियों कि संख्या दिनों – दिन बढ़ती जा रही हैं।

3. रिलेशस मेप –Relation map

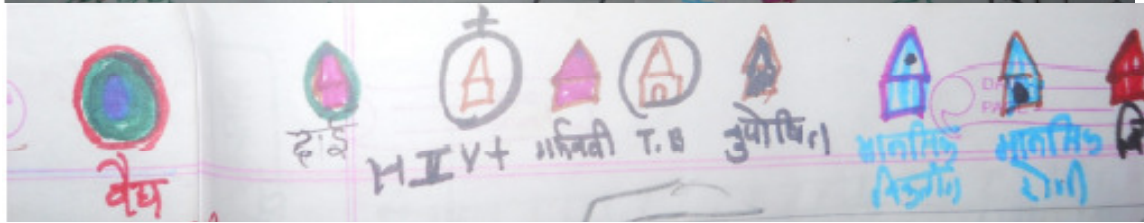


ग्राम सरपंच को मध्यम में रखा गया है।

- 1.....सरपंच – पंचायत सचिव, एन.ए.एम, शिक्षक, ग्राम चौकीदार व आशा से निरन्तर सर्पक होता है।
- 2.----- सरपंच –पंच, आगनवाडी कार्यकर्ता, प्रायवटे स्कूल शिक्षक, समुदाय, ग्राम तदर्थ समिति, महिला समुह, शाला प्रबन्धन समिति, दाई, वैद्य से कोई निरन्तर सर्पक नहीं है।
2. सभी के आपस में सम्बन्ध को दर्शाया है।
3. आशा समुदाय में स्वास्थ्य के क्षेत्र में महत्वपूर्ण भूमिका निभा रही है, इस लिये यहाँ पर आशा के अन्य लागो से संबंध को नीले रंग से दर्शाया गया है।
- 4.----- पंच, पंचायत सचिव, एन.ए.एम, शिक्षक, पंच, समुदाय, ग्राम तदर्थ समिति, समुदाय से आशा का सिर्फ इन्ही लागो से निरन्तर सर्पक में है।
- 5..... आगनवाडी कार्यकर्ता, प्रायवेट स्कूल शिक्षक, सेल्समने, दाई, वैद्य, महिला समुह, शाला प्रबन्धन समिति, ग्राम चौकीदार आदि से मिलती तो है, पर स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों पर जो जानकारी उपरोक्त सभी को देना चाहिए, व पुर्ण रूप से नहीं दि जा रही है। अगर आशा इन सभी से स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों पर चर्चा और गहराई से बात करे तो आशा को समुदाय में कार्य करने में इन सभी का सहयोग मिलेगा।

5. गाँव कि वर्तमान स्थिति—

क्रं.	नाम		संख्या
1	रमेश, सीताराम, दिनेश, मुंशी	वैद्य	4
2	श्रीमती विमना गरीबदास	दाई	1
3 - 75 वर्ष लाली - यशवन्त - 2 वर्ष	एच.आई.वी. + टी.बी टी.बी.	1 1
4		गर्भवती	15
5	अक्षरा ,अनशुल	कुपोषित	2
6	अनुराधा 8 वर्ष	मानसिक विकलाग	1
7	सन्तोषी	मानसिक रोगी	1
8	सुनीता 18 वर्ष	विकलाग	1



2.2.3 अंगनवाड़ी कार्यक्रम कि गतिविधियों को समझना –

अंगनवाड़ी कार्यक्रम छः वर्ष से कम उम्र के बच्चो पर केन्द्रित “एकीकृत सेवाओं के अन्तर्गत निम्न मुख्य सेवाएँ प्रदान कि जाति हैं –

1. पूरक पोषण
2. बढत की निगरानी और प्रोत्साहन
- 3 पोषण और स्वास्थ्य शिक्षण
4. टीकाकरण
5. स्वास्थ्य सेवाए
6. संदर्भ सेवाए/ स्कूल पुर्व शिक्षा



रिफ्लेक्सन – इस आगंनवाड़ी में बच्चों कि उपस्थिति न के बराबर हैं ,वजन मशीन ठीक से कार्य नहीं कर रही है, आगंनवाड़ी केन्द्र पर सिर्फ मंगलवार को हि महिलाएँ व बच्चें आते हैं,उस दिन पोषणाहार के पैकेट का वितरण कर के उन्हें घर भजे दिया जाता हैं। केन्द्र पर जो महत्वपुर्ण जानकारी जैसे – पोषणाहार, कुपोषण ,गर्भवस्था में सावधानियों व टिकाकरण आदि कि जानकारी जो मिलना चाहिए व नहीं मिल रही है। किशोरी बालिकाओं को केन्द्र पर प्रतिमाह नहीं बुलाया जा रहा है, उन्हें किशोरावस्था , पोषणाहार, एनिमिया, एच,आई.वी एडस ,महावारी के विषय में किसी भी प्रकार कि जानकारी नहीं दी जा रही है। फिल्ड के दौरान आगंनवाड़ी केन्द्र पर किशोरीयो कि बैठक करने का प्लान 2 बार बनाया पर सहायिका व कार्यकर्ता ने किशोरियों को सुचना नहीं हि नहीं दी, इस कारण यहाँ बैठक नहीं हो पायी। 5-7 किशोरियो के साथ मिलकर उनसे बात कि गयी तो जानकारी प्राप्त हुई कि आगंनवाड़ी कार्यकर्ता का व्यवहार ठिक नही है। वो बालिकाओं को पुर्ण जानकारी नहीं देती हैं। कभी –कभी ब्लाक में मिटिंग होने पर इन्हें बुलाती है।

ग्राम बरकला का अँगनवाड़ी केन्द्र –मई 2013

2.2.4 विशिष्ट जानकारी –

पंचायती राज व्यवस्था कि समझ– ग्राम बरकला में विशेष ग्राम सभा होती हैं , ग्राम सभा में समुदाय के सभी वार्ड से लोग आते हैं। पंचायत भवन में प्रतिदिन सहायक सचिव बैठते हैं। समुदाय के लोगो ग्राम सभा का महत्व समझते हैं। पंचायती राज संस्थाओं व शासन कि विभिन्न योजनाओं के विषय में ग्रामिणों को जानकारी है। यहाँ का सरपंच व सचिव ग्राम के कार्यो को ईमानदारी से करते है।

रिफ्लेक्सन – इस गाँव के लोगो जागरूक है, समुदाय को लगभग सभी योजनाओं के विषय में जानकारी है ,लागे कि जागरूकता के कारण सभी व्यवस्था ठिक से हैं। इस गाँव के जैसे अन्य गाँव में भी सक्रिय लोग आगे,आने लगेगे तो सब कार्य आसानी से होंगे।

2.2.5 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का सामुदायिकरण –

जननी सुरक्षा योजना के बारे में जानकारी प्राप्त कि गई, जे.एस.वाय के अर्न्तगत ग्रामिण स्तर पर 1400 रु व शहरी स्तर पर 1000 रु का प्रवधान हैं। जननी एक्सप्रेस कि भी व्यवस्था हैं। जे.एस.वाय. का मुख्य उद्देश्य सुरक्षित प्रसव मातृ- शिशु मृत्यु दर में कमी लाना है। वास्तविकता में अस्पतालों में प्रसव के समय जो सुविधा होना चाहिए ,वो नहीं है। इस योजना का गरीबो को जो लाभ मिलना चाहिए, वो पुर्ण रूप से नहीं मिल पा रहा है, इसमें राशी चैक के माध्यम से प्राप्त होती हैं, बैंक में खाता खुलवाने में उनके समस्याएँ आती हैं।

जैसे – पहचान पत्र , राशन कार्ड, आधार कार्ड आदि न हाने के कारण खाता खुल नहीं पाता, यदि ये कागज होते हैं ,तो खाता खालेने के लिये 500 से 1000 रु लगते है। 5 से 6 बार खाते के लिये बैंक में जाना

पड़ता है। ग्रामीण स्तर पर बैंक न हाने के कारण ब्लाक में आना पड़ता है। बैंक मे खाता खुलवाने के कार्य परिवार के पुरुष को करना पड़ता है,जिससे वह 5 से 6 दिनों तक अपने कार्य पर नहीं जा पाते और 600 से 750 रु अपने पास के रूपये किराये में लग जाते हैं। अगर जे.एस.वाय. कि राशि खाता खुलने पर मिल भी जाती है , तो उसका उपयोग महिला व बच्चा नहीं कर पाते, परिवार वाले अन्य कामों में खर्च कर देते है।

रा.ग्रा.सा.मि. के समुदायिकरण में आशा कि भुमिका बहुत महत्वपूर्ण हैं, वो ग्रामीणो तक स्वास्थ्य सुविधाओं को पहुँचा रही है। आशा अपने भविष्य को लेकर चिंतित हैं। उन्हें पता नही कि उनके भविष्य क्या होगा, समुदाय के लोगो को आशा के कार्य से बहुत लाभ होता है। उनके द्वारा बताया गया कि हमारे गाँव में

पहले टिके नियमित नहीं लगते थे । अब नियमित लगने लगे हैं, हमें बुखार कि लोगी व ,ओ.आर.एस.,माला डी./एन, आदि कभी भी मिल जाती है। आशा हमें प्रसव के समय पुर्ण सहायगे करती हैं।

2.2.6. मानसिक स्वास्थ्य पर समुदाय कि समझ को जानना – (Mental Health)

इस गाँव में मानसिक स्वास्थ्य के विषय मे कोई विशेष जानकारी नहीं हैं। A.N.M.–ASHA,AWW को भी मानसिक स्वास्थ्य पर अधिक जानकारी नहीं हैं।मानसिक रोगीयों को घर व समुदाय के लोगो द्वारा पागल कहा जाता हैं, उनके पर ध्यान नहीं दिया जाता हैं।

मानसिक विकलागों को कौन- सी सुविधा मिलेगी, पेंशन के लिये क्या कारना होगा ,ये जानकारी शासकीय कर्मचारी व परिवार वालों को नहीं हैं। मानसिक रोगीयों व मानसिक विकलागों के लिये जिला अस्पताल हरदा में ईलाज के लिये कोई सुविधा नहीं हैं, परिवार वालो को ईलाज प्रायवटे अस्पताल में करवाना पड़ता हैं, या फिर भोपाल अस्पताल में करवाना पड़ता हैं। जिसमें खर्च बहुत अधिक हो जाता हैं , इसके कारण परिवार वाले निरन्तर ईलाज नहीं करवा पाते । (ग्राम बरकला – मई 2013)

2.2.6.1 मानसिक रोगी केस अध्ययन – (Mental illness)

नाम – सन्तोष खले,

उम्र – 45 वर्ष ,

निवासी – बरकला

कारण – 21 वर्ष कि उम्र में सन्तोष के छोटे भाई को चोरो ने गोली मार दी थी, उस घटना ने सन्तोष को बहुत प्रभावित किया, जब से सन्तोष कि यही हालत हैं ।

ईलाज – 15 वर्ष पहले नागपुर सरकारी अस्पताल में ईलाज करवाया ,उसके बाद भोपाल 5 –6 वर्ष प्रायवटे अस्पताल में ईलाज चला ।

वर्तमान स्थिती – वर्तमान में सन्तोष का ईलाज बन्द हैं , जब सन्तोष जी से इसके बारे में जानना चाहा , तो उन्होने बताया कि जब वे दँवाई लेते हैं, तो उन्हें घबराहट व बैचेनी होती हैं ,इस कारण में दँवाई नहीं लेता हूँ। परिवार वालो द्वारा उन्हें बार –बार दवाईयों को लेने के लिये दबाव बनाया जाता हैं। और ये एहसाह करवाया जाता हैं, कि वे पागल /बिमार हैं। परिवार वालो को बताया कि वो ठिक हो सकते हैं ,उन्हें सही ईलाज और परिवार का प्यार व सहयोग कि जरूरत हैं। उन्हें निम्हानस ,बगैँलोर का पता भी दिया गया । (स्रोत – सन्तोष व परिवार के अन्य सदस्यों से चर्चा के अनुसार जून 2013)

रिफ्लेक्सन –म.प्र. व बैंगलोर को देखने पे पाया गया कि बैंगलोर में मानसिक स्वास्थ्य पर गैर सरकारी संगठनों के द्वारा बहुत अच्छे से कार्य किया जा रहा है। समुदाय में मानसिक स्वास्थ्य पर लोगों को जानकारी है ,दुसरा यहाँ निम्हानस अस्पताल होने के कारण ईलाज की अच्छी सुविधा है।इसके विपरीत म.प्र. में मानसिक स्वास्थ्य पर इतना ध्यान नहीं दिया जा रहा है। अगर सरकार व गैर सरकारी संगठनों के द्वारा इस विषय पर गम्भीरता से ध्यान दिया जाये ,तो समुदाय व अन्य स्तर पर भी जानकारी बढ़ेगी।

2.2.6.2 मानसिक विकलाग – Mental retardation

नाम– अनुराधा सेजकर

उम्र – 8 वर्ष

माता – रजनी सेजकर

उम्र – 28 वर्ष

पिता – ग्यारसराम सेजकर

उम्र – 35 वर्ष

ग्यारसराम सजे कर मुल रूप से रामपुरा का निवासी हैं। जिसकी दुरी बरकला से 30 से 40 कि.मि हैं, रामपुरा में मजदुरी न मिलने के कारण ये 5 वर्ष पहले बरकला में आकर बस गये ।

गर्भावस्था – रजनी ने गर्भावस्था के समय पुर्ण टिके लगवायें थे, सयुक्त परिवार हाने के कारण व मजदुरी न मिलने के कारण रजनी को पोषक आहार नहीं मिल सका,अनुराधा का जन्म हरदा अस्पताल में हुआ, जन्म के समय वजन 2.5 कि.ग्रा. था । अनुराधा के इस हालत के बारे में परिवार को 6 माह बाद डॉक्टर से पता चला, अनुराधा का प्रायवटे अस्पताल में ईलाज करवाया, प्रतिमाह का खर्च 1000 से 1500 तक होता था, परिवार कि आर्थिक हालात ठिक न होने के कारण ईलाज नियतिम नहीं करवा सके ।

अनुराधा कि पशेन के लिये 5 माह पहले पचांयत में आवदेन दिया पर अभी तक कुछ नहीं हुआ । रजनी वर्तमान में 8 माह कि गर्भवती है ।

(स्रोत – श्रीमती रजनी सेजकर से चर्चा के अनुसार जून 2013)

2.2.7 किशोरियों व महिलाओं की बैठक – Adolescent / woman meeting

बरकला में किशोरियों व महिलाओं के स्वास्थ्य से संबंधी चर्चा कि गयी – जिसमें किशोरियों को स्वास्थ्य से संबंधी कौन – कौन सी समस्याएँ का समना करना पड़ रहा है। तो कुछ लड़कियों ने बताया कि हमें चक्कर आते हैं ,भूख नहीं लगती है , पिरीयट के समय पेट व कमर बहुत दर्द किसी कारती हैं ,पिरीयट बहुत जल्दी आ जाता है ,और अधिक समय पर समस्या रहती है |हम अपनी समस्याएँ किसी को नहीं बता पतें ।

महिलाओं को स्वास्थ्य से संबंधी कौन सी समस्याएँ हैं –सामान्यतःह महिलाओं को चक्कर आना,कमजोरी अधिक महसुस करती है। परीयट के समय पटे व कमर बहुत दर्द करता है, 40–45 वर्ष कि महिलाओ को पिरीयट के समय बहुत समस्या रहती हैं,पिरीयट बहुत जल्दी आ जाता है, व 9–12 दिनों तक रक्त स्त्राव होता रहता है। सफदे पानी कि समस्या भी हैं। महिला डॉक्टर ना होने के कारण महिलाओं को जाँच कि समस्याएँ आती हैं, जब तक बिस्तर ना पकड़ ले परिवार वाले डॉक्टर के पास नही, ले जाते। गर्भवती महिलाओं को खुन कि कमी, झटके आना,पिलीयॉ ,वजन ना बढना,आदि समस्याएँ होती हैं।

रिफ्लेक्सन – ग्राम स्तर पर महिलाओं व किशोरीयो को स्वास्थ्य कि अनेक समस्याएँ हैं,ये अपने स्वास्थ्य (माहावारी,एस.टी.डी)कि समस्याओं को किसी और को नहीं बता पाती ,महिला डॉक्टर ना होने के कारण वो अपना ईलाज नहीं करवा पाती हैं। परिवार के लोग महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति लापरवाह हैं, सामान्य बिमार होने कि स्थिती में उन्हें डॉ. के पास नहीं ले जाया जाता हैं।

स्रोत – बरकला कि महिलाएँ व किशोरी बालिकाओ से चर्चा के अनुसार –जुन 2013

2.2.8 sub - center observation & supply of Medicines

स्वास्थ्य केन्द्र चारखेड़ा		
क्रं.	गाँव का नाम	जनसख्या
1	निमाचाखुर्द	1196
2	बरकला	1391
3	मालोना	1360
4	चारखेड़ा	1239
5	खिड़कीवाला	1619
कुल जनसख्या		6805

उप-स्वास्थ्य केन्द्र प्रतिदिन 10.00 से 3.00 बजे तक खुला रहता है।उप-स्वास्थ्य केन्द्र चारखेड़ा में 27 प्रकार कि दवाईयों हैं, रेफरल प्रणाली – गर्भवती महिलायों का रेफरल कार्ड है ,अन्य लागो को मौखिक

सलाह देकर टिमरनी व हरदा रेफर किया जाता हैं। वैक्सीन आपूर्ती – A.N.M. द्वारा मॉग पत्र B.M.O सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र टिमरनी को दिया जाता हैं ,सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र पर दवाईयों उपलब्ध हाने पर दे दी जाती हैं , और उपलब्ध न होने पर B.M.O द्वारा मॉग पत्र को जिला अस्पताल ,हरदा को लटेर दे दिया जाता हैं। जिला अस्पताल हरदा द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र टिमरनी को दवाईयों पहुँचाई जाती है। A.N.M द्वारा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र टिमरनी से दवाईयों प्राप्त कि जाती हैं।

2.2.9. Asha profile

नाम: मधु सुरेश गुर्जर,

मोबाईल नम्बर: 090098-48001

ग्राम: बरकला, विकासखण्ड टिमरनी, हरदा मध्य प्रदेश

उम्र: 43 वर्ष

परिवार कि वर्तमान स्थिति – मधु के परिवार में उनके पति व 2 बेटे व 1 बेटी हैं। बेटी का विवाह 2 वर्ष पूर्व गया है । आर्थिक स्थिति –इनके परिवार में कृषि भूमी नहीं हैं, इस कारण मजदुरी करके अपनी आजीविका चलाते हैं। इस परिवार कि वार्षिक आय 25 हैं। इनका राशन कार्ड ए.पी.एल हैं। आशा का चयन –2006 वर्ष में आगंनवाड़ी कार्यकर्ता दीदी ने फार्म भरा व जमा करवाने में सहायता कि थी।

आशा के कार्य –

- 1.घरो का दौरा करना
- 2.रिकार्ड रखना
- 3.उपस्वास्थ्य केन्द्र पर जाना
- 4.ग्राम स्वास्थ्य ग्राम पोषण दिवस में सहभागिता देना
5. ग्राम स्तरीय समिती कि बैठक करना

आशा के प्रतिदिन के कार्य –

1. घरों का दौरा करना व गर्भवती व धात्री ,शिशुवती, कुपोषितों को परामर्श देना।
2. आरोग्य केन्द्र में जाना
3. रिकार्ड रखना

प्रतिमाह के कार्य –

1. टीकाकरण में सहभागिता
2. ब्लॉक स्तर पर बैठक में जाना
3. गाँव का भ्रमण
4. गर्भवती महिलाओं के खाता खुलवाना , गर्भवती , धात्री व शिशुवती कि जानकारी

आशा द्वारा रखे जाने वाले रिकार्ड –

1. दवाई रजिस्टर
2. वार्षिक परिवार सर्वे
3. टीकाकरण रजिस्टर (गर्भवती व शिशु)
4. जन्म – मृत्यु पंजीयन रजिस्टर
5. लक्ष्य दपंत्ति रजिस्टर
6. 0– 5 वर्ष के बच्चों कि जानकारी रजिस्टर
7. किशोरी बालिका जानकारी रजिस्टर

प्रशिक्षण कौन –कोन से प्राप्त किया –

25 जून 2005 को प्रथम प्रशिक्षण ब्लॉक स्तर पर 7 दिवसीय , 3 अन्य प्रशिक्षण – आशा के कार्य , रिकार्ड , गर्भवती व शिशु कि देखभाल, ग्राम सभा ग्राम तदर्थ समिती, जिला स्तर पर 7 माइयुल तक प्रशिक्षण ।

प्रशिक्षण से क्या – क्या सिखा –

- गर्भवती व शिशु कि देखभाल करना
- शिशु का वजन लेना
- प्रसव के समय सावधानियाँ
- टीकाकरण
- आशा के कार्य
- आशा के कौशल
- कम्बल में बच्चों को लपेटेना
- वार्म बैग में बच्चों को रखना
- बच्चें व शिशु का तापमान

समुदाय में कार्य करने में क्या- क्या समस्याएँ आ रही हैं –

- आरोग्य केन्द्र पर दवाईयों न होना,
- गर्भवतियों का खाता खुलवाने में परेशानी होना
- ग्राम सभा ग्राम तदर्थ समिति कि प्रतिमाह कि बैठक में सदस्य आना पंसद नहीं करते हैं।
- निचिश्त मानदेय न मिलने व ज्यादा काम होने से परिवार वालो के द्वारा आशा के कार्य को न करने के लिए कहाँ जाता है।
- सरकारी अस्पताल – प्रसव के समय ए.एन.एम का व्यवहार ठिक नहीं होता है, इस कारण प्रसव करवाने में समस्या आती है ।
- डॉक्टर – प्रसव के समय सिरियस स्थिती में डॉक्टर 500 से 2500 रु अलग से लेते हैं। नहीं दे पाने कि स्थिती में प्रायवेटे अस्पताल में रेफर कर देते हैं।
- प्रसव के बाद जननी सुरक्षा कि राशि का चैक बैंक में डाला जाने का नियम है। पर बहुत सी महिलाओं का खाता बैंक में कागज(परिचय पत्र,वोटर आई –डी,आधार कार्ड, राशन कार्ड में नाम) नहीं होने के कारण नहीं खुल पाते और हितग्राही को राशि नहीं मिल पाती ,इस कारण महिलाओं के परिवार वाले सारकारी अस्पताल में प्रसव करवाने में झिझकते हैं ।

समस्याएँ का सामाधान कैसे करते हो –

अस्पताल से दवाईयों न मिलने पर आरोग्य केन्द्र के लिये दवाईयों ग्राम सभा ग्राम तदर्थ समिती के माध्यम से दवाईयों मेडिकल से 100 से 500 रूपयो तक खरीदी जाती हैं। अन्य समस्याओं का समाधान हम अकेले नहीं कर सकते हैं

incentive – कार्य के अनुसार रूपये मिलते है, अन्तिम मार्च 2013 में 730 रु. प्राप्त हुए हैं। तदर्थ समिती कि राशि –प्रतिवर्ष तदर्थ समिती में चैक के माध्यम से खाते में राशि आती है ,इस वर्ष हमारे गाँव कि समिती में 10,000 रु प्राप्त हुए, तदर्थ समिती कि बैठक –हमारे गाँव में प्रतिमाह तदर्थ समिती कि बैठक होती है, पर समिती के सारे सदस्य बैठक में नहीं आ रहे हैं।

आशा का नजरिया –

एन.आर.एच.एम. के माध्यम से आशा के द्वारा किये जाने वाले काम से समुदाय में आसानी से किया जा रहा है, नयी – नयी जानकारी से गाँव में जागरूकता आ रही है, पिछले 6 वर्ष में मातृ –मृत्यु ,शिशु—मृत्यु ,व गर्भपात नहीं हुए।

मोटिवेशन –

जब हमें प्रशिक्षण दिये गये तो हमें अपने कार्य के विषय में जानकारी प्राप्त हुई ,हम जो कार्य कर रहे हैं, वह महिला व शिशु के लिये अति आवश्यक हैं, इससे हमें आगे काम करने की प्रेरणा मिलती है।

आशाओं का संगठन –

टिमरनी ब्लाक में आशाओं के संगठन की शुरुवात 1 वर्ष पूर्व हो चुकी है, संगठन की अध्यक्ष श्रीमती सुधा पारे हैं। अगर आशाओं का संगठन होता है। तो वर्तमान में जो समस्या आ रही है, उनका समाधान आसानी से हो जायेगा।

स्रोत – श्रीमती मधु गुर्जर (ग्राम बरकला आशा प्रेरक) से प्राप्त जानकारी के अनुसार जून 2013

2.2.10 Adolescent Meeting in charuwa -

दिनांक –03.06.2013

स्थान – हरिपुरा चारूवा, ब्लाक खिरकिया जिला हरदा (समावेश संस्था का कार्य क्षेत्र)

उद्देश्य –किशोरावस्था का विस्तृत जानकारी बालिकाओं को देना व पोषहाणार कि स्थिती देखना।

उपस्थिती –

बालिका	माहिला	कुल
36	02	38

प्रकिया – सर्वप्रथम उपस्थित लोगो ने परिचय दिया ,इसके उपरान्त पुनः आज कि मिंटिग का उद्देश्य बताया गया। इस कार्यक्रम में 2 गावें हरिपुरा व चारूवा कि बालिकाएँ एकत्रित हुई थी।

चर्चा के बिन्दु –

- किशोरावस्था क्या हैं.– किशोरावस्था 9 से 18 वर्ष के मध्य होती हैं,इस उम्र में तेजी से शारीरिक विकास होता हैं।
- बालिकाओं कि आन्तरिक संरचना – बेटी करे सवाल एकलव्य संस्था,भोपाल में दर्शय गये चित्रो के मध्यम
- किशोरावस्था में होने वाले परिवर्तन –(शारिरीक, मानसिक,व्यवहारिक)
- माहावारी –(क्या,कैसे,क्युँ विस्तार से) सावधानियों –
- माहावारी के समय होने वाली समस्याएँ– कुछ लाड़कियों बताया कि इस समय मुझे पेट में दर्द अधिक होता हैं,खाना भी नहीं खा सकती,4–6 लाड़कियों ने बताया कि हमारी कमर बहुत दर्द करती हैं। 2–3 लाड़कियों ने कहाँ कि हमारा पिरियट समय पर नहीं आता हैं।
- किशोरावस्था में विशोष पोषणाहार कि आवश्यकता क्युँ– इस समय हमारे शरीरिक को अतिरिक्त पोषणाहार कि आवश्यकता होती हैं, पोषण कि कमी से शरीर कमजोर होता है जिसके कारण कमजोरी, चक्कर आना आदि स्वास्थ्य समस्याएँ होती हैं भोजन में अंकुरित अनाज, मौसमी फल ,आदि जरूर लेना चाहियों ।

- बाल विवाह— बाल विवाह एक सामाजिक बुराई, लड़की के विवाह कि सही उम्र 18 वर्ष व लड़के के विवाह कि सही उम्र 21 वर्ष हैं। बाल विवाह के कारण लड़के – लड़की व दोनो को शारीरिक, मानसिक ,आर्थिक,सामाजिक समस्याओं का सामना करना पड़ता है। ललीता ने बताया कि इस साल हमारे गाँव में 7–8 लड़कीयों के बाल विवाह इन दोनो गाँव में हुए हैं।
- बालिकाओं द्वारा व्यक्तिगत अनुभव बताना –
- कार्यक्रम का फिटबेक –उपस्थित लड़कीयों ने बताया कि आज हमें अपने बारे में बहुत सी जानकारी मिली व कुछ बातें जिनके कारण हमें डर लगता था,आज पता चला कि ये तो प्राकृतिक है। ये जानकारी हम अपनी सभी सहलियो को बतायेगे।
- रिफ्लेक्शन – यहाँ किशोरीयों को स्वास्थ्य के विषय में ज्यादा जानकारी नहीं है,आशा व ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा सम्पूर्ण जानकारी नहीं दी जा रही है,इन लड़कीयों में किसी भी नयी जानकारी को पता करने व उसके बारे में और जानने कि इच्छा है। यहाँ गाँव में लड़कीयों को अकेले कही भी नहीं आने –जाने दिया जाता है, लड़कीयों कि पढाई बीच में छुडवा दि जाती है। इसका कारण जानने पर जानकारी प्राप्त हुई कि इसके दो कारण है।
- पहला –वर्तमान में देश व दुनिया में लड़कीयों के साथ जो घटनाएँ हो रही है, **दुसरा** कुछ लड़कीया घर वालों कि इच्छा के खिलाफ व समाज के बाहार शादी कर रही है। इस कारण परिवार वाले इस डर से लड़कीयों कि शादी 16 –17 वर्ष कि उम्र में करने लगे है।



स्रोत – किशोरी बालिकाओ से चर्चा के अनुसार जून 2013

2.2.11 Youth Meeting

दिनांक –04.06.2013

स्थान – चारुवा आवासीय स्कूल,ब्लाक खिरकिया जिला हरदा

उद्देश्य – शिक्षा का महत्व बताना व उन परिस्थिती को जानना जिसके कारण वे अपनी पढ़ाई पुरी नहीं कर पा रही है।।

उपस्थिती –

बालिका	कुल
55	55

प्रक्रिया – सर्वप्रथम उपस्थित बालिकाओं ने परिचय दिया ,इसके उपरान्त पुनः आज कि मिटिंग का उद्देश्य बताया गया। इस कार्यक्रम में चारुवा कि आवासीय स्कूल में बालिकाओं से इस मुद्दे पर निम्न बिन्दुओ पर चर्चा कि

चर्चा के बिन्दु –

शिक्षा क्यों जरूरी है –

बालिकाओं से पुछा गया कि शिक्षा हमारे जीवन में जरूरी है क्या ,तो बालिकाओं ने कहा हॉ पढ़ने से हमें बहुत सी नयी – नयी जानकारी होती हैं,आज के समय में पढ़ना बहुत जरूरी हैं,अगर हम पढ़ाई करते हैं तो हम आगे बढ़ सकते हैं। बालिकाओं को शिक्षा का महत्व बताया कि आज के समय में पढ़ाई बहुत जरूरी हैं घर के छोटे – छोटे हिसाब हम आसानी के कर सकते हैं,किसी जानकारी को लिख कर हम सुरक्षित रख सकते हैं, अगर हमारे परिवार से कोई गलत कागज पर साईन करवाता हैं तो आप उसे पढ़ कर अपने परिवार को साईन करने से मना करके, किसी बड़ी परेशानि से बचा सकते हैं।

पढ़ाई करके आप अपने पैरो पर खड़े हो सकते, नौकरी करके अपने परिवार वालों कि मदद कर सकते हैं, आप पढ़े लिखे हो तो आप दुसरो को भी पढ़ा सकतें हो,अपके गाँव से सीमा ,ललीता रीना ज्योती दीदी भी तो आज 12 वी पास करके कालेज में पढ़ाई कर रही हैं। तब बालिकाओं ने कहा हम तो पढ़ाई करना चाहते हैं पर कुछ कारणो से हम पढ़ाई नहीं कर पा रहे हैं।

➤ पढ़ाई नियमित न रखने के कारण –

क्र.	नाम/पिता का नाम	उम्र	गाँव का नाम	पढ़ाई नियमित न रखने का कारण	कक्षा जहाँ तक पढ़ई कि	रिमार्क
1	गजरी –राजाराम	10	जामकोर	छोटे भाई को सम्भालने के लिये मेरी पढ़ाई छुड़वा दी।	3 री	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
2	संगीता –ओमकार	11	जुनापानी	परिवार वालो ने खेती में मद करने के लिये मेरी पढ़ाई छुड़वा दी।	4 थी	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
3	रानी –सीताराम	09	गोपालपुरा	छोटे भाई को सम्भालने के लिये मेरी पढ़ाई छुड़वा दी।	2 री	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
4	शिवानी–करमा	11	सावलखेड़ा	4 –5 महिनो तक बुखार आने के कारण मुझे पढ़ाई छुड़नी पड़।	4 थी	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
5	रेखा –छतरसिंह 	13	जुनापानी	पिता कि मृत्यु के बाद माँ ने घर के काम व छोटे भाई – बहन को सम्भालने के लिये मेरी पढ़ाई छुड़वा दी।	5 वी	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
6	आशा – लच्छूराम 	14	गोपालपुरा	परिवार वालो ने घर के कामों में मद करने के लिये मेरी पढ़ाई छुड़वा दी।	5 वी	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
7	सुनीता –लखनलाल 	14	गोपालपुरा	स्कूल दुर होने के कारण मुझे पढ़ाई छुड़ना पड़ी	6 टी	आवासीय बिज्ञ कोर्स में पढ़ाई कर रहे हैं।
8	राजमणी कीर	16	हरिपुरा	पारिवार में काम करने वालो कोई नहीं हैं, इस कारण मुझे पढ़ाई छोड़ना पड़ा।	8 वी	मैं आगे पढ़ना चाहती हूँ।
9	वर्षा कीर	16	हरिपुरा	पारिवार वालो ने मेरी पढ़ाई छोड़वा दी	3 री	मैं आगे पढ़ना नहीं चाहती हूँ। मेरी उम्र अब ज्यादा हो गयी है
10	मनीषा दायमा	17	हरिपुरा	मैंने 8 वी तक पढ़ाई रेगुलर कि आगे पारिवार वालो ने रेगुलर नहीं पढ़ने दिया।		अब मैं प्राइवेट 10 वी पढ़ रही हूँ।
11	प्रीती कीर	16	हरिपुरा	मैंने 8 वी तक पढ़ई कि पर मेरे परिवार कि आर्थिक स्थिती ठिक नहीं है इस कारण मैं आगे नही पढ़ पा रही हूँ।	8 वी	मैं आगे पढ़ना चाहती हूँ।
12	नीतू कीर	18	हरिपुरा	पारिवार वालो ने मेरी पढ़ाई छोड़वा दी	9 वी	मैं आगे पढ़ना चाहती हूँ।

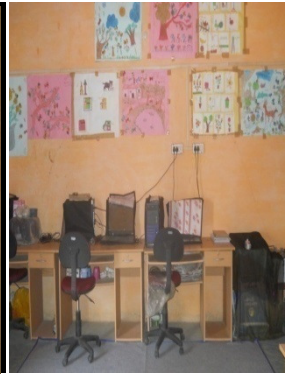
आगे पढाई नियमित करना चाहती हैं –

गजरी –राजाराम, संगीता –ओमकार, रानी –सीताराम, शिवानी – करमा ,रेखा –छतरसिंह रेखा –छतरसिंह सुनीता –लखनलाल , चारूवा स्थित आवासीय बिज्र कोर्स में पढाई कर के अपनी छुटी हुई पढाई करके अपने –अपने गाँव में नियमित स्कूल जाने लगेगी ।

- राजमणी कीर – आगे पढना चाहती हैं इसके लिये समावेश संस्था में कार्यरत सीमा को उसके परिवार से मिलकर राजमणी कि पढाई को लेकर बात करने कि योजना बनाई हैं।
- वर्षा कीर – उम्र ज्यादा होने के कारण वर्षा आगे पढना नहीं चाहती हूँ। उसे बताया कि वो मनीषा दायमा कि तरल प्रायवेट (5 वी कि) परीक्षा दे सकती हैं।
- प्रीती कीर – प्रीती आगे पढना चाहती हैं ,इसे कक्षा 9 वी चारूवा में एडमिसन करवाया जा सकता हैं प्रीती के परिवार के पास बी.पी. एल का राशन कार्ड हैं, इस आधार पर सरपंच के माध्यम से स्कूल के प्राचार्य को फिस माफ करने के लिये आवेदन दिया जा सकता हैं।
- नीतू कीर – आगे पढना चाहती हैं इसके लिये समावेश संस्था कार्यरत सीमा को उसके परिवार से मिलकर राजमणी कि पढाई को लेकर बात करने कि योजना बनाई हैं।



बिज्र कोर्स– बिज्र कोर्स में 3 माह के लिये बालिकाओं को पढाया जाता है। पढाई के साथ –साथ अन्य गतिविधियाँ भी करवाई जाती हैं



स्रोत – ग्राम चारूवा के आवासीय बिज्र कोर्स हरिपुर व चारूवा कि बालिकाओ से चर्चा के अनुसार जून 2013

2.2.12. NRC Observation in Timarni -

कुपोषण के कारण – साधना शर्मा न्यूट्रीशियन से जानकारी प्राप्त हुई कि यहाँ कुपोषण के मुख्य कारण

1. डायरिया व निमोनिया
2. माँ कि अनदेखी
3. गरीबी

परामर्श – कुपोषित बच्चों को एन.आर.सी. में परामर्श दिया जाता है।

1. व्यक्तिगत सफाई
2. पोषणाहार स्तनपान
3. केयर
4. आगंनवाड़ी का पोषणाहार
- 5.. कम खर्च पर पोषणाहार –
 1. गुड व फुटाने,
 2. रोटी व तेल,
 - 3.आटे का उपमा

एन.आर.सी. में भर्ती कि प्रकिया – लम्बाई ,ऊचाई,वजन ,ओडिमा कि जाँच करना , Test - H.B,X-Ray आगंनवाड़ी से प्राप्त वजन व एन.आर.सी. के वजन में अन्दर आता है, आगंनवाड़ी का वजन 700 से 900 ग्राम तक ज्यादा निकलता है।

जनवरी 2013 से जून 2013 तक भर्ती बच्चों कि जानकारी

क्र	माह का नाम	बालक	बालिका	कुल
1	जनवरी	02	06	08
2	फरवरी	04	06	10
3	मार्च	04	06	10
4	अप्रैल	06	05	11
5	मई	03	—	03
6	जून	05	03	08
कुल योग		24	26	50

वर्ष 2009 से जून 2013 तक भर्ती बच्चों कि जानकारी

क्र	वर्ष का नाम	बालक	बालिका	कुल
1	2009	94	85	179
2	2010	121	112	233
3	2011	129	133	262
4	2012	93	94	187
5	2013	24	26	50
कुल योग		461	450	911

रिफ्लेक्सन – इस एन.आर.सी में कि रहने कि व्यवस्था ठिक है । दुसरा जो बहुत महत्वपूर्ण है, माताओं को घरेरू पोषणाहार परामर्श दिया जा रहा है, । बच्चों को पोषणाहार ठिक से दिया जा रहा है। पर उनकी माताओं को पेट भर के भोजन नहीं दिया जा रहा है।

स्त्रोत – साधना शर्मा न्यूट्रीशियन के अनुसार जुन 2013

VII **Research study project**

Final Report

of the

Community Health Learning Fellowship Programme

A study on challenges faced by ASHA's working in Harda

District, Madhya Pradesh in fulfilling their roles



Submission to
SOCHARA, Bangalore

A study on challenges faced by ASHA's working in Harda District (rural area) Madhya Pradesh in fulfilling their roles

CHLP fellowship 2012-13

Compiled by:

Ms. Ranu Sharma,

Fellow, Community Health Learning Programme

SOCHARA , Bangalore,

India

Contributors :

∞ SOCHARA Team – Mr. A.S. Mohammed, Dr. Adithya Pradyumma, Dr. Rahul

A.S.G.R

∞ Synergy Team, Harda – Mr.Ajay Pandit, Mr.Vimal Jat, Mr.Vishan

Acknowledgement:

∞ ASHA's from the 10 villages

∞ ANM / AWW / GSSGTS from the 10 villages

∞ BCM Timarni

Table of Contents

Topic	Page no.
1. Background.....	43
2. Objectives.....	47
3. Methodology	
3.1. Study Design.....	48
3.2. Study Setting	48
3.3 Sampling design and Study Area.....	49
4. Results	
4.1. Results of the Quantitative Study.....	51
5. Discussion	61
6. Conclusion	63
7. Limitations of the Study.....	63
8. Future Areas of Research.....	64
9. Reflection & suggestion	65
10. References	66

LIST OF TABLES

Table No	Table Details	Page No.
1.01	Harda District At a Glance	47
3.01	Selection of study Area	48
3.02	Study Population	49
4.1.1	Socio Demographic Profile of ASHA respondents	51
4.2.01	Frequency distribution of monthly number of visits ASHA's make to health centres	55
Fig 3.01	Map of HARDA Districts in Madhya Pradesh	49
Fig 3.02	Timarni Block Of Harda District	50
Fig 3.03	Map of Health Facilities in District Harda Madhya Pradesh	50
Fig 4.2.01	Training Status Distribution of ASHAs	52
Fig 4.2.02	ASHAs Monthly sure Amount	54
Fig 4.2.03	Work related problems faced by ASHAs	57
Fig 4.2.04	Problems faced by ASHA at Gram Arogya Kendra	58
Fig 4.2.05	Support for ASHAs at Gram Aarogya Kendra	59

1. BACKGROUND (पृष्ठभूमि):-

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (Nation Rural Health Mission- NRHM) की शुरुवात 12 अप्रैल 2005 को की गयी थी । ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाले लोगों,खासकर महिलाओं व बच्चों तक गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुँच पाना मिशन का विशेष उद्देश्य हैं। (1)

आशा के बारे में :- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में समुदाय आधारित कार्यकर्ताओं के प्रबंध का प्रस्ताव रखा गया है। मिशन कि शुरुवात में भारत सरकार ने समुदाय और सार्वजनिक स्वास्थ्य तंत्र के बीच एक कड़ी के रूप में समुदाय आधारित कार्यकर्ताओं (आशा) प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता (Accredited Social Health Activist) को प्रस्तावित किया गया। आशा के माध्यम से घर –घर स्तर पर स्वास्थ्य देखभाल पहुंचाने को मिशन की एक मुख्य रणनीति बनाई।

ये स्वास्थ्य कार्यकर्ता (आशा) अपने समुदाय को ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य योजना बनाने के लिए संगठित करने और वर्तमान में प्राप्त हो रही स्वास्थ्य सेवाओं के उपयोग के लिए प्रेरित करने तथा समुदाय अपने जवाबदेही समझें इस दिशा में कार्य करेगी। (2)

○ आशा चयन :-

- प्रत्येक गाँव में 1000 कि जनसंख्या पर 1 आशा का प्रावधान है। आदिवासी /पहाड़ी इलाकों में प्रत्येक टोले मे आशा हो सकती हैं, आशा का चयन ग्राम सभा की बैठक में किया जायगा ।
- आशा उन महिलाओं में से चुनी जायेगी जो शादीशुदा /विधवा /परित्यक्ता और 25 से 45 वर्ष के बीच की हो ,उसी गाँव कि रहने वाली हो व कक्षा 8 वीं तक की पढ़ाई कि हो
- आशा पंचायत के प्रति जवाबदेह होगी , आशा आंगनवाड़ी के माध्यम से कार्य करेगी
- आशा एक अवैतनिक स्वयंसेवक है ,आशा काम के आधार पर प्रोत्साहन राशि प्राप्त करने की हकदार होगी, समुदाय के लिये आशा की सभी सेवाएं नि:शुल्क होगी (1)

○ आशा कि भूमिका एवं जिम्मेदारियाँ :-

स्वास्थ्य का अधिकार आशा के कार्य का अभिन्न हिस्सा हैं जिसके अन्तर्गत स्वास्थ्य में सुधार और स्वास्थ्य संबंधी सेवाएँ प्राप्त करने के लिये समुदाय को प्रेरित करने तथा स्वास्थ्य कार्यक्रमों में लोगों की भागीदारी बढ़ने पर विशेष ध्यान देना होता है।

○ जिम्मेदारियाँ :-

- समुदाय को पोषण व स्वच्छता के बारे में जानकारी देना ।
- गर्भवती महिलाओं का पंजीयन करना व बी.पी.एल प्रमाण पत्र दिलवाने में मदद ।
- प्रसव पूर्व देखभाल ,सुरक्षित प्रसव, स्तनपान , गर्भनिरोधकों, यौन संक्रमण ,प्रजनन अंगों के संक्रमण व शिशु की देखभाल कि सलाह देना, पूर्ण टिकाकरण को बढ़ावा देना
- छोटी बीमारियों के लिये प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध करवाना,इसके लिये आशा को 1 किट दिया जायेगा जिसमें आम आयुष व एलोपैथीक दवाईया होगी ।
- आंगनवाड़ी कार्यकर्ता ,ए.एन.एम ,स्वयं सेवी समूह के सदस्यों के साथ ग्राम स्वास्थ्य समिती के नेतृत्व में गाँव स्वास्थ्य योजना बनवाने और क्रियान्वयन में मदद करना। (3)

आँगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र :-

NRHM के अन्तर्गत ,स्वास्थ्य के सामुदायीकरण की प्रक्रिया को सुदृढ़ करने के लिए लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण और महिला एवं बाल विकास विभाग ,मध्य प्रदेश शासन के समन्वय से प्रदेश के प्रत्येक ग्राम में ग्राम आरोग्य केन्द्र की अवधारणा को मूर्तरूप दिया जा रहा है, केन्द्र खोलने के लिये गाँव के आँगनवाड़ी केन्द्र, पंचायत भवन, सामुदायिक भवन आदि का चयन किया जाता है।

आरोग्य केन्द्रों के माध्यम से दो स्तरीय कार्य

<p>1. ग्राम स्तर पर उपचारित होने वाली बीमारियों का गांव पर ही उपचार कर गंभीर रूप धारण करने से रोका जा रहा है</p> <p>जिन बिमारियों का उपचार ग्राम स्तर पर संभव नहीं है, उन्हें उच्च स्वास्थ्य केन्द्र स्तर तक रेफरल करने का कार्य किया जा रहा है।</p>	<p>2. लोगों को स्वास्थ्य शिक्षा एवं सकारात्मक व्यवहार परिवर्तन की प्रेरणा दी जा रही है। इसके लिये प्रत्येक गाँव में ग्राम सभा स्वस्थ्य ग्राम तदर्थ समितियों को गठित कर उनका प्रशिक्षण किया जा रहा है। यह समितिया समुदाय और शासन के मध्य सेतु की तरह कार्य करते हुए ग्राम आरोग्य केन्द्रों के सुचारू क्रियान्वयन में गाँव के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को सहयोग कर, समन्वय और निगरानी का भी काम करती हैं।</p>
--	---

ग्राम आरोग्य केन्द्र प्रमुख उद्देश्य :-

- गाँव/समुदाय स्तर पर स्वास्थ्य तंत्र को मजबूत बनाना।
- गाँव स्तर पर ही लोगों को स्वास्थ्य और पोषण संबंधी जरूरी सेवाओं को उपलब्ध करना।
- गाँव स्तर पर स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के काम में समन्वय करना।
- स्वास्थ्य सेवाओं में समुदाय की भागीदारी बढ़ाना।

ग्राम आरोग्य केन्द्र में होने वाली प्रमुख गतिविधियाँ

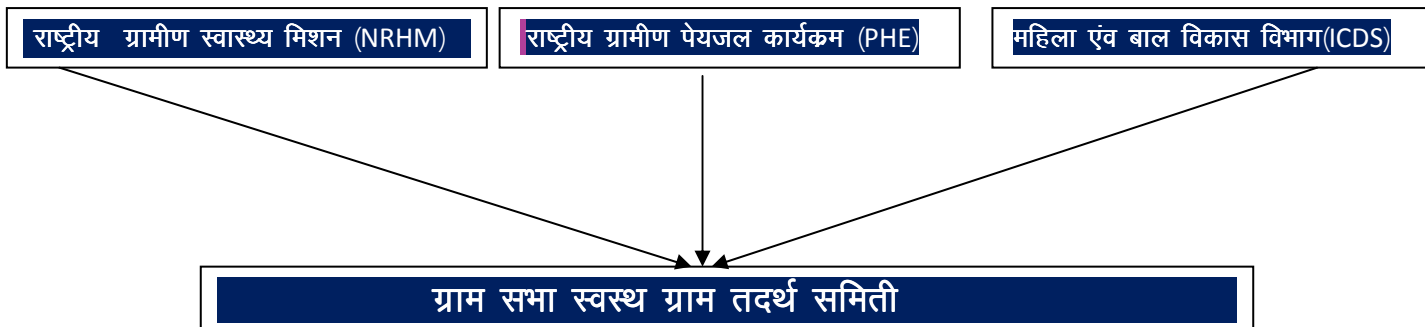
- ग्राम स्वास्थ्य एवं पोषण दिवस का आयोजन, गर्भवती एवं प्रसव पश्चात् महिलाओं की जाँच, गर्भवती महिलाओं एवं बच्चों का टीकाकरण।
- बीमार मरीजों की जाँच, खून की जाँच, दवा वितरण।
- ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति, किशोरी बालिकाओं, स्वास्थ्य शिक्षण आदि की बैठकें आदि।(4)

ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति—

मध्य प्रदेश पंचायत राज एवं ग्राम स्वराज अधिनियम,1993 (क.1सन् 1994) के नियम 3 के उपनियम एक के अधिन गठित ग्राम सभा की एक तदर्थ समिति होगी जो ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति के नाम से जानी जायेगी।

समिती का गठन—

- तदर्थ समिती में न्यूनतम 12 व अधिकतम 20 सदस्य होंगे,जिनमें न्यूनतम 50 प्रतिशत महिला सदस्य होगी,, जिसका नाम ग्राम पंचायत कि मतदाता सुची में हो
- गाँव कि सभी महिला पंच ,आशा,ए.एन.एम. आगंनवाड़ी कार्यकर्ता ,मातृ –सहयोगिनी समिती की अध्यक्ष ,क्षेत्र मेकेनिक या सहायक मेकेनिक, एम.डी.एम. कि अध्यक्ष सदस्य होंगे।
- महिला सदस्य समिती की सभापति होगी तथा समिती के खातों के लिये 1 अलग कोषाध्यक्ष होगी। लोक स्वास्थ्य विभाग से संबंधित कार्यक्रमों के लिये आशा कार्यकर्ता कोषाध्यक्ष होगी, इनका चयन आम सहमति से किया जायेगा, सचिव – ग्राम पंचायत का सचिव ,समिती का सचिव होगा।



ऑगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र के माध्यम से संचालित विभिन्न स्वास्थ्य सेवाओं और गावं में काम कर रहे कर्मचारियों जैसे—आशा, ए.एन.एम, ऑगनवाड़ी एवं उनकी गतिविधियों की निगरानी करने की जिम्मेदारी ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति को सौंपी गई है। उनके काम में सहयोग, समन्वय, मार्गदर्शन और ग्राम स्वास्थ्य योजना बनाना आदि समिति के प्रमुख काम हैं। (5)

समस्या का कथन (Statement of the problem):—

भारत में आशा प्रेरको को ग्राम स्तर पर स्वास्थ्य कि मुख्य कड़ी माना गया है, अनेक अध्ययन आशा प्रेरको (सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) पर किये गये हैं, स्वास्थ्य कि सुविधाओं व समुदाय को ग्राम स्तरीय स्वास्थ्य योजनाएँ बनाने के लिये संगठित करना व समुदाय अपनी जबावदेही को समझे इस दिशा में कार्य कर रही हैं, ग्राम स्तर पर आशा प्रेरको को अपनी भूमिका को पूर्ण करने के लिये अनेक चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है।

यह अध्ययन हरदा जिले के भौगोलिक व सांस्कृतिक रूप से भिन्न क्षेत्र टिमरनी ब्लाक के अन्तर्गत आने वाले 10 ग्रामों में आशाओं को अपनी भूमिका को पूर्ण करने में किस प्रकार कि चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है, इस अध्ययन से समझने में मदद मिलेगी, इस अध्ययन के माध्यम से आशा प्रेरकों की चुनौतियों के समाधान में सहयोग प्राप्त होगा।

इस क्षेत्र कि आशाएँ को अपने कार्यों के दौरान जातिगत व्यवस्था, भौगोलिक भिन्नता व विभागीय स्तर पर अनेक चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है।

Table No.1.01 Harda District at a Glance -

क्रं.	Item	सांख्यिकी		
1	भौगोलिक क्षेत्र सांख्यिकी	2644.32 वर्ग कि.मी		
2	ब्लाक	3 (हरदा, खिरकीया टीमरनी)		
3	तहसील	6 (हरदा, खिरकीया टीमरनी सीराली , रहटगाँव, हाण्डिया)		
4	कुल पंचायत की संख्या	211 गाँव पंचायत		
5	कुल गाँव	571 गाँव		
6	जनसंख्या (2011की जनगणना के अनुसार)	कुल	ग्रामिण (Rural)	शहरी (Urban)
		570,302	450936	119,336
7	महिला	275,094	217,320	57,774
8	पुरुष	295,616	233616	61592
9	हरदा जिले कि कुल आशा व आशा सहयोगिनी	आशा 450 + आशा सहयोगिनी 27		
10	टिमरनी ब्लाक कि कुल पंचायत	69 पंचायत		
11	टिमरनी ब्लाक के कुल गाँव	168		
12	टिमरनी ब्लाक कि आशा व आशा सहयोगिनी	आशा 145 + आशा सहयोगिनी 09		
reference-(7)www.cencus2011mp.com and BCM Timarni				

2. Study Objective: - (अध्ययन उद्देश्य)

- भौगोलिक व सांस्कृतिक स्थिती के आधार पर आशाओं कि चुनौतियों का अध्ययन करने के लिये।
- ग्राम स्तरीय सेवा प्रदाताओं, स्वास्थ्य विभाग व ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति द्वारा आशाओं कि चुनौतियों का अध्ययन करने के अध्ययन करने के लिये

3. Methodology -

3.2 Study Design:- इस अध्ययन का Study Design_बहुस्तरी पद्धति (Multi-stage) का प्रयोग किया गया है,इस अध्ययन में संख्यात्मक (Quantitative research) का अधिक प्रयोग किया गया है, साथ ही गुणात्मक (qualitative) का भी प्रयोग किया गया है। संख्यात्मक पद्धति में cross-sectional survey का प्रयोग सेवा प्रदाताओं (Provider-level) के स्तर पर किया गया, जिसमें उत्तरदाता इस प्रकार हैं – प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य प्रेरक आशा, नर्स , ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता, ग्राम सभा स्वास्थ्य ग्राम तदर्थ समिती के सदस्यों

3.3 Study Setting:-

राज्य प्रोफाईल – मध्य प्रदेश राज्य भारत के मध्य भाग में स्थित है। 2011 की जनगणना के अनुसार, मध्य प्रदेश कि ग्रामीण आबादी 52,537,899 शहरी आबादी 20,059,666 कुल आबादी 72,597,565 है। मध्य प्रदेश का लिंग अनुपात ग्रामीण क्षेत्र में 936 और शहरी क्षेत्र में 1000 पुरुषों पर 916 महिलाएँ हैं। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन वर्ष 2006 से मध्य प्रदेश राज्य के 50 जिलों में आशा कार्यक्रम कार्यात्मक है। (6)

3.4 Sampling Design And Study Area :-

इस अध्ययन में नमूना डिजाइन (sampling design) बहुस्तरी पद्धति (Multi-stage) का प्रयोग किया गया है, इस अध्ययन में मध्य प्रदेश के नर्मदापुरम संभाग के हरदा जिले का चयन किया गया, इसके बाद हरदा जिले के तीन ब्लाक खिरकिया, हरदा, टिमरनी, में से जंगल क्षेत्र होने के कारण टिमरनी ब्लाक का चयन किया गया। इसके साथ ही भौगोलिक दृष्टि से भिन्न व जिले से दुरी (6 k.m To 60 k.m)के अनुसार गाँव का चयन किया गया। यह सर्वे अगस्त व सितम्बर 2013 को किया गया। आकड़ो को एकत्रित करने के लिये सर्वे प्रपत्र व साक्षात्कार कि विधी अपनाई गयी । प्रश्नावली का पहले प्री-टेस्ट किया गया, प्रश्नावली के प्रश्न बन्द व खुले (Question open ended & close ended) प्रकार के हैं।

Table No.3.01 – चयनीत अध्ययन क्षेत्र (Selection of study Area)

राज्य	जिला	ब्लाक	जिले से 10 गाँवो कि दुरी कि.मी में			
			9 कि.मी	25 – 35 कि.मी	40 – 45 कि.मी	55– 60 कि.मी
मध्य प्रदेश	हरदा	टीमरनी	4 गाँव (हाईवे)	2 गाँव	2 गाँव (सड़क से दुर)	2 गाँव (फारेस्ट)

Table No.3.02 Study population -.

क्रं.	पद	संख्या	क्रं.	पद	संख्या
1	आशा	10	6	अन्य सदस्य,	02
2	ए.एन.एम.	01	7	आशा सहयोगीनी	01
3	ऑगनवाडी कार्यकर्ता	02	8	ग्राम आरोग्य केन्द्र	10
4	पंचायत सचिव	01	9	बी.सी.एम	01
5	महिला पंच	01	10	तदर्थ समिती अध्यक्ष,	02
कुल		15	कुल		16
कुल योग					31

Fig 3.01 - Map of HARDA Districts in Madhya Pradesh



Fig 3.02 - Timarni Block Of Harda District

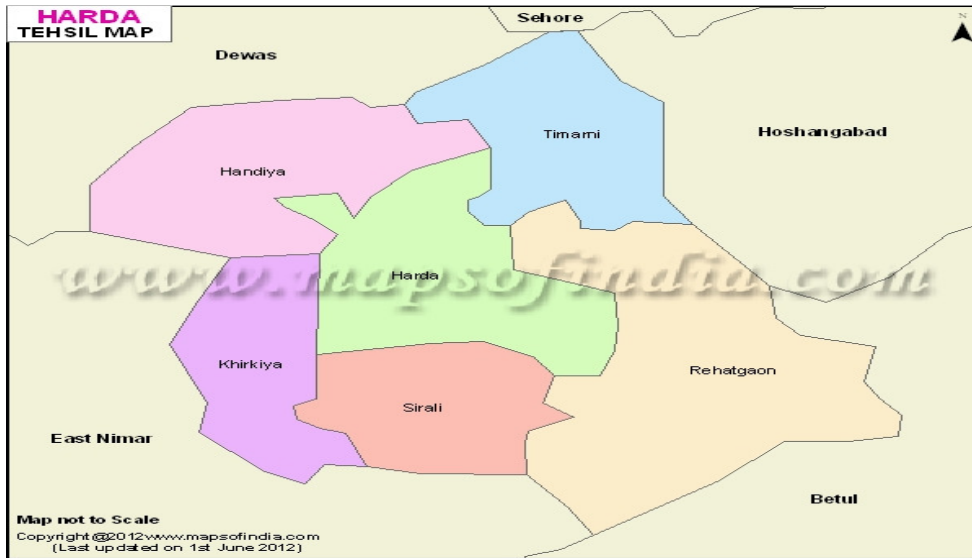
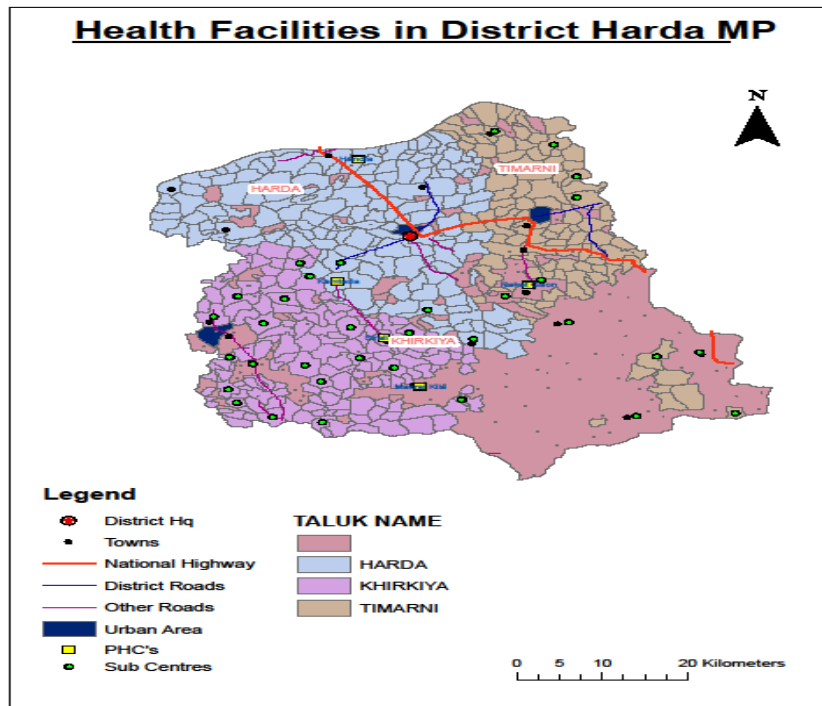


Fig 3.03 - Map of Health Facilities in District Harda Madhya pradesh



Map composed by NIC
 Source RGI, SOI



4. Results (Results of the Quantitative Study)

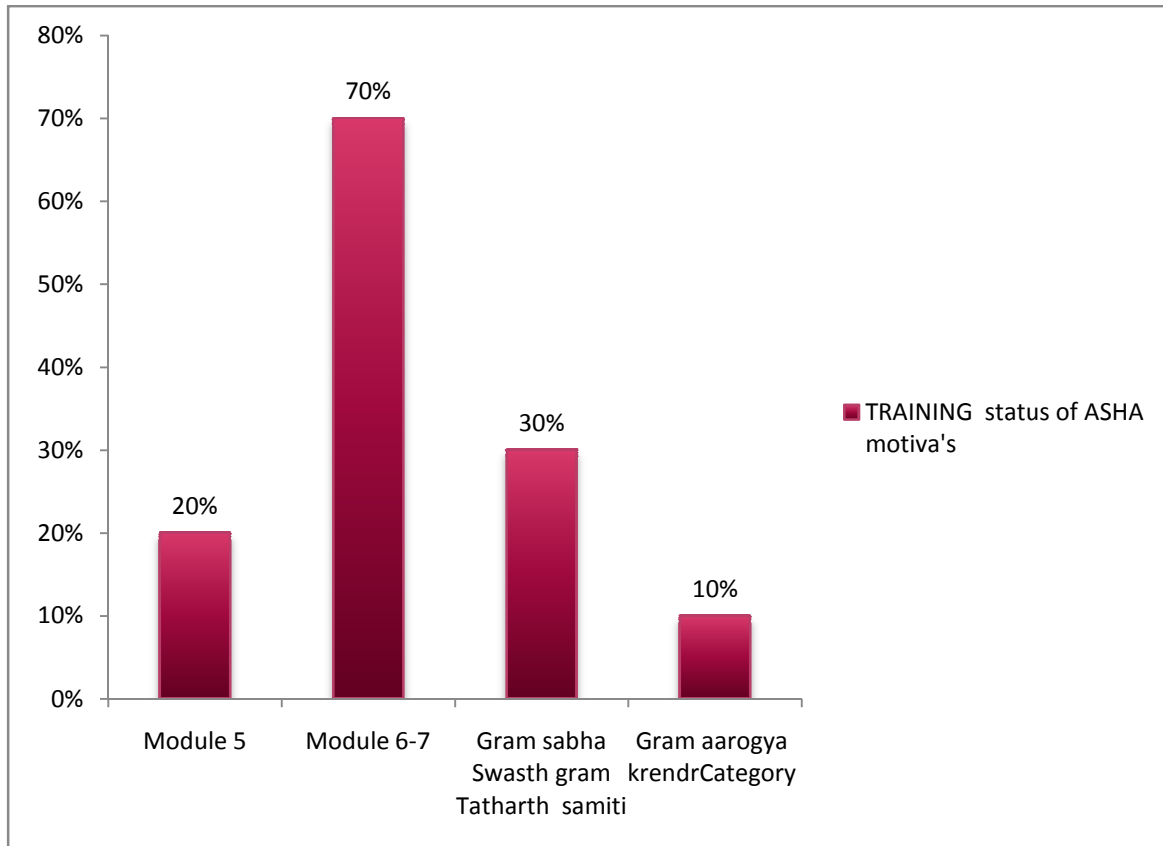
Table 4.1 . Socio Demographic Profile of ASHA respondents

Variable	Frequency	Percent
Age		
25-29	2	20.0
30-39	6	60.0
40-45	2	20.0
Educational Status		
5 th	3	30.0
8 th	3	30.0
10 th	2	20.0
12 th	1	10.0
BA	1	10.0
selection Year		
2006	5	50.0
2007	3	30.0
2010	2	20.0

आयु स्थिती :- आशाओं के आयु समुह से जानकारी प्राप्त हुई है ,कि 25 से 29 वर्ष के मध्य आयु समुह में 20% आशाएँ हैं, 30 से 39 वर्ष के मध्य आयु समुह में 60% आशाएँ हैं, और 40 से 45 वर्ष के "मध्य आयु समुह में 20 % आशाओं हैं |,शिक्षा कि स्थिती :- 30% आशाओं प्रेरको द्वारा प्राथमिक स्कूल शिक्षा प्राप्त कि गई, 30% आशाओं प्रेरको द्वारा मिडिल स्कूल तक शिक्षा प्राप्त कि गई, 20% आशाओं प्रेरको द्वारा हाई स्कूल तक शिक्षा प्राप्त कि गई, 10% आशा प्रेरक द्वारा हायर सेकेण्डरी तक शिक्षा प्राप्त कि गई,10% आशा प्रेरक द्वारा बी.ए. तक शिक्षा प्राप्त कि हैं। चयन वर्ष :- 50% आशा प्रेरको का चयन 2006 में हुआ , 30% और 20% आशा प्रेरको का चयन 2007 व 2010 में हुआ।

प्रशिक्षण :- आशाओं प्रेरको के प्रशिक्षण में ज्ञात होता है कि 20% आशा प्रेरको को माड्यूल 5 तक प्रशिक्षण प्राप्त हुआ, 70% आशा प्रेरको को माड्यूल 6-7 तक प्रशिक्षण प्राप्त हुआ, 30% आशा प्रेरको को ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती का प्रशिक्षण प्राप्त हुआ, और 10% आशा प्रेरको को ग्राम आरोग्य केन्द्र का प्रशिक्षण प्राप्त हुआ, (नोट -4.01 इसमें जो प्रतिशत दर्शाया गया है वो प्रत्येक का 100 % में से हैं)

Fig 4.01 Training Status Distribution of ASHA



4.2 Challenges faced by ASHA's respondents

4.2.1 आशा प्रेरको कि सामाजिक स्तर कि चुनौतियाँ :-

आशा प्रेरको को समुदाय में कार्य करने में समाज में व्याप्त जाति प्रथा का सामना करना पड़ रहा है, जिन गाँव में आशा प्रेरक निम्न जाति कि हैं, वहाँ उच्च जाति के लोग इन आशाओं के बुलाने से मिटिंग में नहीं आते अगर आ भी जाते हैं, तो वो इनकी बात नहीं सुनते और इनके हाथ लगा हुआ पानी व नाश्ता भी नहीं लेते। उच्च जाति के लोग योजनाओं के लाभ में केवल गर्भवती महिलाओं व बच्चों का टीककरण करवाते हैं, आशा 9 माह तक गर्भवती महिला कि देखभाल करती हैं, परिवार वाले प्रायवेट अस्पताल में प्रसव करवाते हैं, इस कारण आशा को प्रसव कि प्रोत्साहन राशि नहीं मिल पाती ।

जाति व जाति के आधार पर भेदभाव कि स्थिति :- जाति के विषय में ज्ञात होता है कि उत्तरदाताओं में से 20 % आशा प्रेरक अनुसूचित जाति (SC) कि है, 20 % आशा प्रेरक अनुसूचित जनजाति (ST) कि है और 60 % आशा प्रेरक पिछड़ा वर्ग (OBC) से हैं ।

20 % आशा प्रेरक अनुसूचित जाति (SC) से संबंध रखती हैं, इनके साथ समुदाय के उच्च जाति के लोगो द्वारा जाति के आधार पर भेदभाव किया जाता है, उच्च जाति के लोगो द्वारा इन आशाओं को घर के अन्दर जाने व किसी भी सामग्री को हाथ नहीं लगाने दिया जाता है। जिसके कारण यह आशाएँ नवजात शिशु व माता कि घर पर देखभाल नहीं कर पाती हैं। उच्च जाति के लोगो द्वारा इस प्रकार का व्यवहार से इन आशाओं को अपना कार्य करने में अनेक समस्याओं का समना करना पड़ रहा है । (NRHM) के अनुसार आशा के माध्यम से घरों पर स्वास्थ्य देखभाल पहुँचाने की मिशन की एक मुख्य रणनीति थी, और आशा आपनी भूमिका को पूर्ण में एक कार्य – घरों का दौरा भी करती है।

4.2.2 आशाओं प्रेरको की चयन प्रकिया :- (ASHAs Selection process)

आशाओं प्रेरको ने अपनी चयन प्रकिया के समय आपना आवेदन फार्म किसे दिया इस विषय पर जानकारी प्राप्त होती है कि ,उत्तरदाताओं में से 30% आशा प्रेरको ने स्वास्थ्य विभाग में फार्म जमा किया, 30% ने अपना फार्म ग्राम सभा में जमा किया ,अन्य 30% ने अपना फार्म ए.एन.एम. को दिया, और 10% आशाओं द्वारा फार्म ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता के पास जमा किया ।

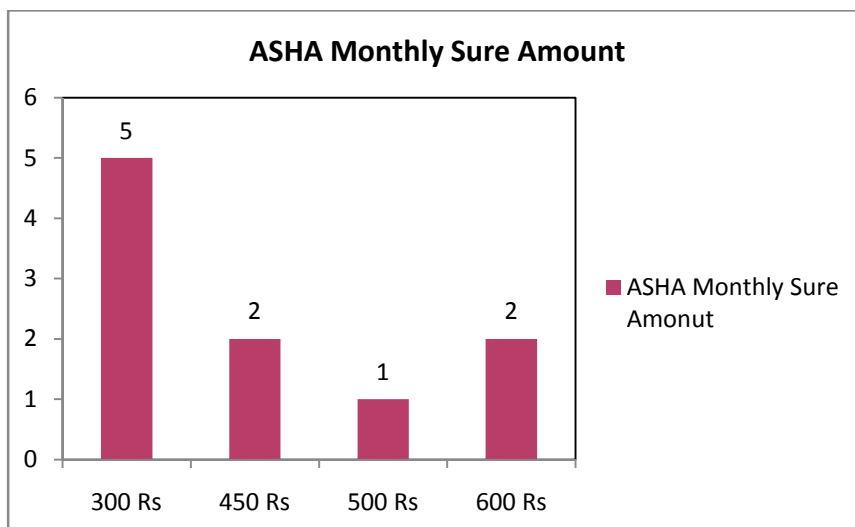
30% आशाएँ को ये जानकारी है कि उनका चयन ग्राम सभा के द्वारा हुआ है, लेकिन अन्य 70% आशाओं को लगता है कि हमरा चयन स्वास्थ्य विभाग के द्वारा हुआ है। और हम विभाग कि कार्यकर्ता हैं, इसमें यह पता चलता है कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन कि गाईड लाईन के अनुसार आशा प्रेरको का चयन नहीं हुआ है।

मिशन में स्पष्ट रूप से कहा गया है कि आशा एक अवैतनिक स्वयंसेवक है ,उपरोक्त परिणाम को देखते हुए कहाँ जा सकता है, कि उसे आशा प्रेरक के स्थान पर आशा कार्यकर्ता बना दिया गया है।

4.2.3 आशा प्रेरको कि आर्थिक चुनौतियाँ :- आशा प्रेरको को अपने काम के दौरान अनेक आर्थिक चुनौतियों को सामना करना पड़ता है,

- किसी गाँव में एक से अधिक आशा होने के कारण भी उन्हें जो भी प्रोत्साहन मिलती है, उस राशि को सभी आशा प्रेरको में बराबर बाटना पड़ता है।
- जिस गाँव कि जनसंख्या 300– 500 के लगभग है वहाँ पर टीकाकरण दो माह में एक बार होता है, आशा प्रेरकों को टीकाकरण के 150 रु दो माह में एक बार हि मिल पा रहे हैं।
- प्रोत्साहन राशि (प्रसव राशि) आशा प्रेरको को दि जा रही है। वो एक बार में नहीं दी जाती जिसके लिये आशाओं को 3–4 बार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र जाना पड़ता है ,जितनी प्रोत्साहन राशि उन्हें नहीं मिल पाती उससे अधिक राशि वे अपनी जेब से उस प्रोत्साहन राशि को पाने में खर्च कर देती हैं।
- आशा प्रेरको के द्वारा गर्भवती महिला को प्रसव के लिये अस्पताल ले जाते समय प्रसव अगर गाड़ी में हो जाता है तो उस प्रसव कि प्रोत्साहन राशि आशा प्रेरको नहीं दि जाती है।
- आशा प्रेरका को निश्चित प्रोत्साहन राशि बहुत कम मिल पा रही है। (Fig 4.2.01) प्रतिमाह आशा प्रेरको को निश्चित प्रोत्साहन राशि के विषय में ज्ञात होता है कि उत्तरदाताओं में से 50 % आशा प्रेरको को प्रतिमाह 300 रु राशि हि मिल पाती है, 20 % आशा प्रेरको को प्रतिमाह 450 रु राशि हि मिल पाती है, 10 % आशा प्रेरक को प्रतिमाह 500 रु राशि हि मिल पाती है, 10 % आशा प्रेरक को प्रतिमाह 600 रु राशि हि मिल पाती है।

Fig 4.2.02 ASHAs Monthly sure Amount:-



4.2.4 आशा प्रेरको के अत्यधिक काम के बोझ कि चुनौतियों :-

•आशाओं को टारगेट आधारित (परिवार नियोजन- नसबंदी)कार्य करवाये जा रहे हैं, आशा प्रेरको के लिये एक बहुत बड़ी चुनौती है, इसी कारण ग्राम स्तरीय सेवा प्रदाताओं के बीच में मतभेद बड़ रहा है,आशा द्वारा बार –बार नसबंदी आपरेशन का कहने पर समुदाय के लोग उनके पास जाने से हिचकिचाते हैं।

•आशा प्रेरको से सभी विभाग के अधिकारी अपना काम करवाते हैं,उदा. परिचय पत्र का कार्य,आशाओं का कहना है कि हमें सिर्फ आशा के कार्य हि करवायें अन्य कार्य न करवायें।

• आशा प्रेरको को गर्भवती महिलाओं के बैंक में खातें खुलवाने में अनेक समस्या आ रहे हैं, गर्भवती महिलाओं के पास पुर्ण कागज न होने के कारण बैंक अधिकारी खातें नहीं खोलते, और अगर खाता खुल जाता है ,तो 500 रू लगते हैं, और कई बार खातें न खुलने के कारण हितग्राही को चैक तो मिल जाता है पर रूपये नहीं मिल पाते हैं ,इस कारण परिवार वाले सरकारी अस्पताल में प्रसव कारवाने के लिये नहीं ले जाते।

Table No.4.2.01 - Frequency distribution of monthly number of visits ASHA's make to health centres

Number of Visits	Health Centre		
	Sub-center	CHC	District Hospital
0	10%	10%	50%
2	50%	50%	30%
4	10%	10%	10%
6	10%	10%	10%
8	10%	10%	0%
Total	100%	100%	100%

Table No.4.2.01 से जानकारी मिलती है कि आशा प्रेरको को 3 प्रकार कि चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है

•पहला उन पर आर्थिक बोझ पड़ रहा है आशा प्रेरको को 1 माह में उप- स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, व जिला अस्पताल पर गर्भवती जाचें, टी.वी. कुष्ठ के मरिजों कि जाचें व दवाइयों आदि के लिये जाना पडता है, जिसका उन्हें प्रोत्साहन राशि व यात्रा किराया दिया जा रहा है।

•दुसरा उन पर कार्य बोझ पड़ रहा है लगभग एक आशा प्रेरक को 1 माह में 12- 15 बार अपने घरों से बाहार जाना पड़ता है और उनका पुरा दिन इसी काम चला जाता है, वो अपने घर का काम भी नहीं कर पाती हैं।

•तीसरा भौगोलिक नजरियों से देखे तो कहा जा सकता है कि उप- स्वास्थ्य केन्द्र, सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, व जिला अस्पताल कि दुरी अधिक होने के कारण ग्रामिणों कि स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुँच नहीं हो पा रही हैं। और आशा प्रेरको को हितग्रातियों को इतनी दुर ले जाने के लिये तैयार करने में बहुत परेशान होती हैं।

4.2.5 आशा प्रेरको को कार्य करने में विभागीय से होने वाली चुनौतियाँ :-

1 •स्वास्थ्य विभाग :- आशाओं द्वारा जब प्रसव के लिये महिलाओं को ले जाया जाता है तो अस्पताल में नर्स,आया, डॉ, का व्यवहार ठिक नहीं होता, प्रसव पिड़ित महिला को नर्स चेक नहीं करती, दवाईयों मेडिकल से खरिदने के लिये कहाँ जाता है। बच्चा होने पर रूपयों कि माँग कि जाती है। ना देने पर आया,नर्स द्वारा अपशब्दों का प्रयोग किया जाता है। (नोट – विशेषतय यह हरदा जिला अस्पताल में किया जाता है।)

•विभाग द्वारा बार-बार मिंटिंग कि जाती है, आशाओं को कार्य करने के आदेश व समस्याओं का समाधान केवल मौखिक कि किया जाता है। लिखित न होने के कारण आशाओं कि जल्दी सुनवाई नहीं होती । आरोग्या केन्द्र पर दँवाईयों समय पर नहीं देते ।

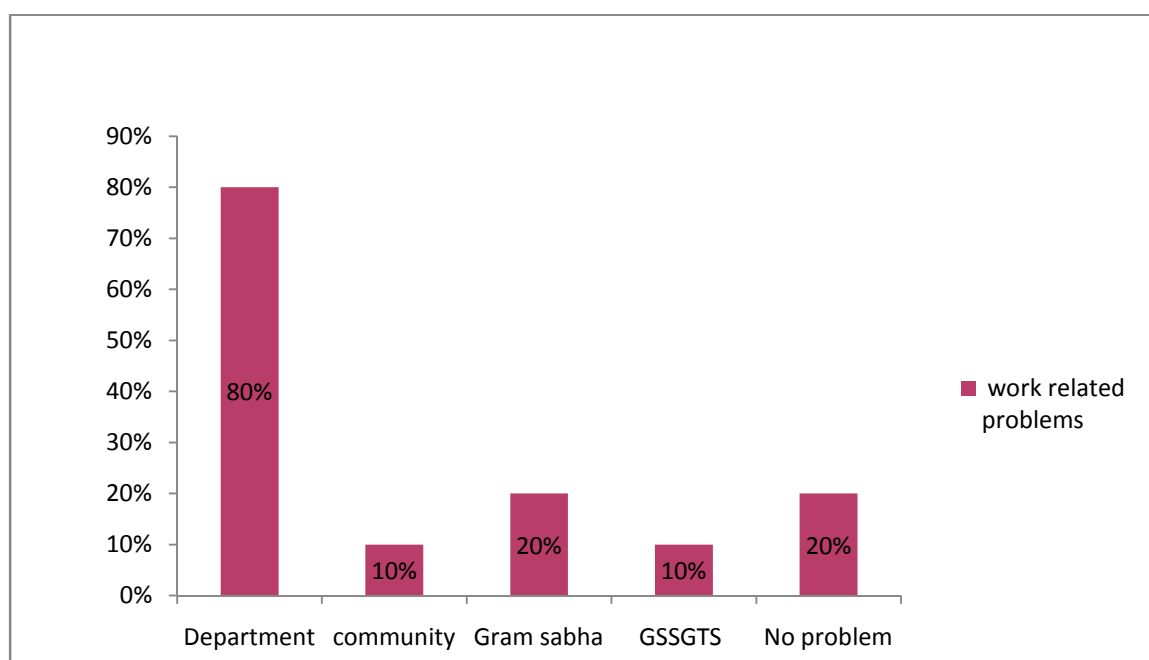
•**Logistic** - आशा प्रेरको को जननी सुरक्षा के वाहन व 108 के समय पर न आने के कारण गर्भवती महिला को अस्पताल ले जाने में परेशानि हो रही है। गर्भवती महिला को ले जाने के लिये सरकारी वाहन ना आने के कारण प्रायवेट वाहन में ले जाना पड़ता है। और कभी – कभी आशाओं अपने घर से रूपये ले कर प्रायवेट वाहन कि व्यवस्था करना पड़ता है।

2 •पंचायत :- पंचायत व ग्राम सभा के द्वारा आशा प्रेरको कि समस्याओं के समाधान में सहयोग नहीं किया जाता ,स्वास्थ्य निधी कि राशि (अन टाईट फंड) को लेकर भी आशाओं पर दबाव डाला जाता है।

3. महिला व बाल विकास विभाग :-ग्राम स्तर पर आगँनवाड़ी कार्यकर्ता आशा प्रेरको के कार्य में पुर्ण रूप से मदद नहीं करती,(उदा. टीकाकरण के दिन महिलाओं को बुलाने का काम सिर्फ आशा हि करती है, सहायिका बुलाने नहीं जाती है, कुपोषित का वजन पहले आँगनवाड़ी कार्यकर्ता करती पर अब आशा को करना पड़ता है क्योकी अब कुपोषित बच्चों को ए.आर. सी. में भर्ती करने कि राशि आशा को मिलती है,आगँनवाड़ी कार्यकर्ता को नहीं)

(Fig 4.2.03) से ज्ञात होता है कि आशा प्रेरको को कार्य में कहां कितनी समस्याओं का समना करना पड़ता है 100 में से 80% आशाओं को स्वास्थ्य विभाग से समस्या है, 100 में से 10% आशाओं को समुदाय से समस्या है, 100 में से 20% आशाओं को ग्राम सभा व पंचायत से समस्या है, 100 में से 10% आशाओं को ग्राम सभा स्वास्थ्य तदर्थ समित से समस्या है, 100 में से 20% आशाओं को कार्य करने में किसी भी प्रकार की कोई समस्या नहीं है।

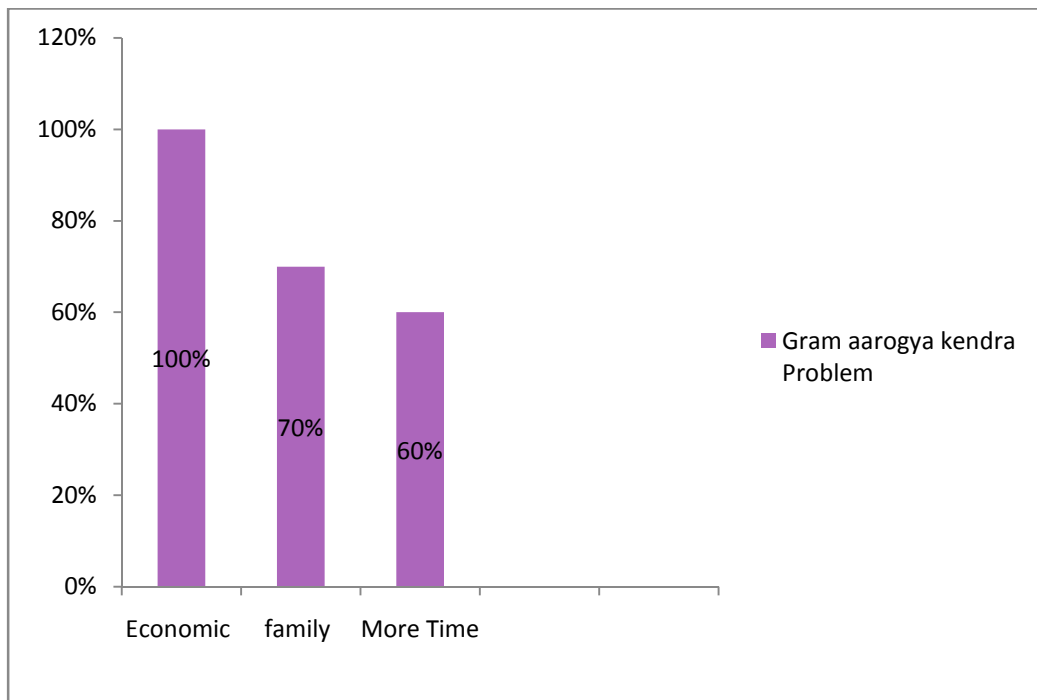
Fig 4.2.03 - work related problems faced by ASHAs



4.2.6 आशा प्रेरको कि ऑगनवाडी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र कि चुनौतियाँ :-

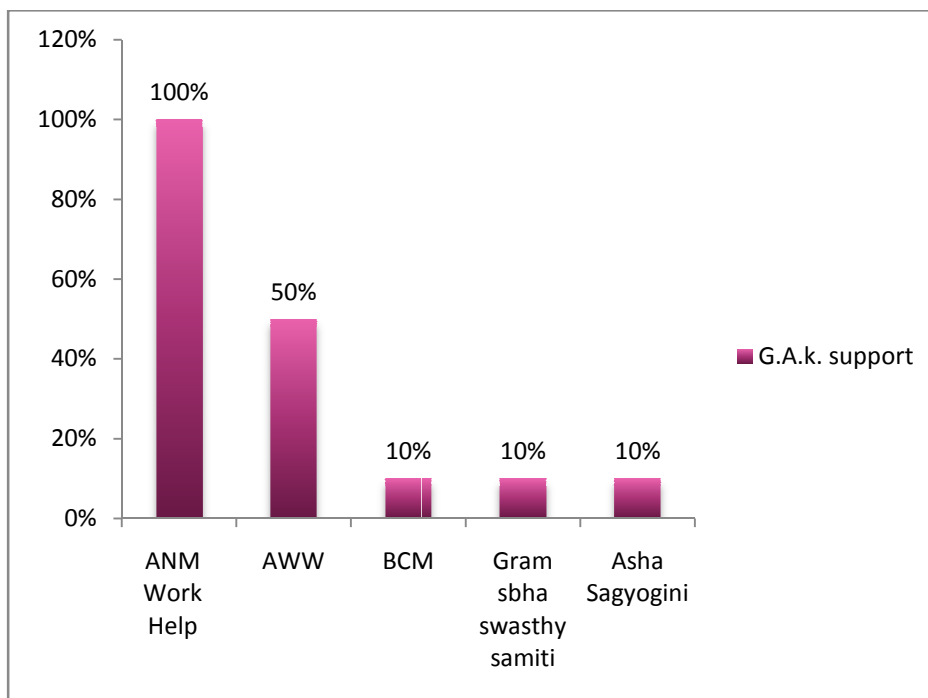
- **प्रशिक्षण :-** आशा प्रेरको को आरोग्य केन्द्र पर कैसे काम करना है इसके लिये 20% आशा ने कहाँ हमें प्रशिक्षण प्राप्त हुआ है, 80% आशा ने कहाँ हमें प्रशिक्षण प्राप्त नहीं हुआ है।
- **आर्थिक चुनौती :-** आरोग्य केन्द्र पर किसी भी प्रकार कि कोई राशि प्राप्त नहीं होती सामग्री खरीदने के लिये अन टाईट फंड का उपयोग किया जाता है। 100% आशाओ का द्वारा कहा गया कि आरोग्य केन्द्र पर कार्य करने के लिये हमें अलग से कोई मानदेय नहीं दिया जा रहा है,
- **पारिवारिक चुनौती :-** 70% आशाओ का द्वारा कहा गया हमें प्रतिदिन और अलग से मानदेय न देने के कारण परिवार वालों द्वारा हमें आरोग्य केन्द्र पर जाने से मना किया जाता है।
- **समय कि अधिकता :-** प्रतिदिन आरोग्य केन्द्र पर 60% आशाओं 3 से 6 घटें आरोग्य केन्द्र पर बैठ रहीं हैं, 30% आशाओं 1 माह में चार बार 5 घटें आरोग्य केन्द्र पर बैठ रहीं हैं, 10% आशाओं एक माह में 1 बार 3 घटें आरोग्य केन्द्र पर बैठ रहीं हैं(नोट-प्रतिदिन आरोग्य केन्द्र पर बैठना है ,ऐसा लिखित रूप में आशाओं को नहीं दिया गया है)

Fig 4.2.04 - Problems faced by ASHA at Gram Arogya Kendra



• **Fig 4.2.05** से ज्ञात होता है कि ग्राम स्तरीय सेवा प्रदाताओं व तदर्थ समिति द्वारा आशा प्रेरको को ग्राम आरोग्य केन्द्र पर कार्य करने के लिये ए.एन.एम. द्वारा 100 % सहयोग किया जाता है। ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता द्वारा 50 % सहयोग किया जाता है। बी.सी.एम. द्वारा 10 % सहयोग किया जाता है। ग्राम सभा स्वास्थ्य ग्राम तदर्थ समिति द्वारा 10 % सहयोग किया जाता है। और आशा सहयोगीनी द्वारा 10 % सहयोग किया जाता है।
(नोट – दृशाये गये प्रतिशत में प्रेत्यक का 100 प्रतिशत है।)

Fig 4.2.05 - Support for ASHAs at Gram Aarogya Kendra



4.2.7 ग्राम सभा स्वास्थ्य ग्राम तदर्थ समिति से चुनौतियाँ :-

आशा को ग्राम स्तर पर कार्य करने में ग्राम सभा स्वास्थ्य ग्राम तदर्थ समिति (GSSGTS) से भी कुछ चुनौतियाँ आ रही हैं। आशा के कार्यों में समिती सक्रिय रूप से भाग नहीं ले रहीं हैं। समुदाय को स्वास्थ्य के सेवाओं प्रति जागरूक करने में किसी भी प्रकार का सहयोग नहीं किया जा रहा है। प्रतिमाह मिटिंग में सदस्य नहीं आ रहे हैं ,आरोग्य केन्द्र पर भी सदस्यों द्वारा आशा प्रेरकों को सहयोग व मार्गदर्शन नहीं दिया जा रहा है।

4.2.8 ग्राम सभा स्वास्थ्य ग्राम तदर्थ समिति (GSSGTS)के सदस्यों को अपनी जिम्मेदारी के विषय में :-

- 50% सदस्यों ने कहाँ प्रतिमाह समिती कि बैठक हो रही है, 50% ने कहाँ प्रतिमाह बैठक नहीं हो रही है।
- समिती के मुख्य कार्य कौन –कौन से हैं, इसकी जानकारी 10% सदस्यों को है, 90% को जानकारी नहीं है।
- इस वर्ष स्वास्थ्य निधी से कितनी राशि समिती को प्राप्त हुई, इसकी जानकारी 80% सदस्यों को है, 20% को जानकारी नहीं है।
- ग्राम स्वास्थ्य योजना के विषय में, 10% सदस्यों को जानकारी है, 90% को जानकारी नहीं है।
- ग्राम आरोग्य केन्द्र के संबंध में 10% सदस्यों को प्रशिक्षण मिला है, 90% को प्रशिक्षण नहीं मिला है।
- ग्राम आरोग्य केन्द्र पर कोई डॉक्टर आते हैं, इस विषय में 100% सदस्यों ने कहाँ जानकारी नहीं है।

तदर्थ समिती के सदस्यों को समिती के मुख्य कार्य के विषय में जानकारी नही के बराबर है,सभी उत्तरदाताओं का कहना था कि साफ –सफाई व स्वच्छता का कार्य समिती को करना है। इन 10 उत्तरदाताओं में से समिती के विषय में अधिक जानकारी ए.एन.एम. ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता, पंचायत सचिव,आशा सहयोगिनी,शिक्षित सदस्य को है,और महिला पंच, समिती की अध्यक्ष, फारेस्ट में रहने वाली महिला सदस्यों को समिती के विषय में ना के बराबर जानकारी है।

इस आधार का कहाँ जा सकता है कि सेवा प्रदाताओं को ग्राम सभा स्वस्थ्य ग्राम तदर्थ समिती के विषय में जानकारी है और समुदाय के लोगो को समिती के विषय में पुर्ण जानकारी नहीं है।

जब सदस्यों को समिती के कार्यों व अपनी जिम्मेदारी व कर्तव्यों के विषय में पुर्ण जानकारी नहीं होगी तो वों आशा प्रेरक का सहयोग मार्गदर्शन और स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के मध्य समन्वय व स्वास्थ्य सुविधाओं तक समुदाय के लोगो कि पहुच को कैसे सुनिश्चित कर सकेंगे ?

5. Discussions -

इस अध्ययन द्वारा सबसे पहले आशा प्रेरको को अपनी भूमिका व जिम्मेदारियों को पूर्ण करने पर आने वाली चुनौतियों के विषय में जानने का प्रयास किया गया है। इस अध्ययन द्वारा आशा कि चुनौतियों के समाधान हेतु सुझाव दिये गये हैं।

- आशा प्रेरक कि चयन प्रक्रिया सही तरिके से होना चाहियें, कुछ स्थानों पर आशाओं का चयन नियमानुसार नहीं हुआ है, कहीं पर आशाएँ दबंग(उच्च जाति, राजनैतिक) परिवार से इस कारण वे आशाएँ दुसरे गाँव में निवास करती हैं, और समुदाय को पूर्ण रूप से सेवाएँ नहीं दे रही हैं।
- आशा प्रेरकों को कार्य करने में प्रशिक्षण कि मुख्य भूमिका है, प्रशिक्षण सरल व लोकल भाषा में दिया जाना चाहिये। और समय – समय पर इसके फालोअप किया जाना चाहिये।
- जाति के आधार पर आशाओं के साथ भेदभाव किया जा रहा है, इसके कारण उन्हें समस्या आ रही है, निम्न जाति कि आशाओं के साथ उच्च जाति के लोग के द्वारा भेदभाव किया जाता है, अपने ही समुदाय(ST/SC) से आशा का चयन होने से उन्हें समुदाय का सहयोग मिलता है किसी भी प्रकार से कोई भेदभाव नहीं किया जाता है। निश्चित प्रोत्साहन राशि मात्र 300 रु से 600 रु प्रतिमाह प्राप्त हो रहे , राष्ट्रीय ग्रामिण रोजगार ग्यारन्टी स्कीम (MNREGS) में प्रतिदिन 122 रु देना कि ग्यारन्टी है परन्तु यहाँ आशाओं को प्रतिदिन 10-20 रुपये कि मिल पा रहे हैं। आशा प्रेरको को इस आर्थिक चुनौतियों से गुजरना पड़ रहा है।
- आशा प्रेरको को आशा कार्यकर्ता बना दिया गया है, उन पर काम का अत्यधिक बोझ बढ़ता जा रहा है, प्रत्येक विभाग के कर्मचारी आशा से अपना कार्य करवाते हैं, और उन्हें अलग से कोई राशि भी नहीं दि जाती है।
- आशा प्रेरको को विभाग से होने वाली चुनौतियों के कारण उनके कार्यों को सीधा प्रभावित कर रहा है, स्वास्थ्य विभाग व ग्राम स्तरीय अन्य विभागों से सहयोग न मिलने के कारण आशाएँ समुदाय को पूर्ण स्वास्थ्य सुविधाएँ देने में स्वयं में असहाय पा रही हैं। गर्भवती महिलाओं को सामुदायीक स्वास्थ्य केन्द्र व जिला अस्पताल पर प्रसव के लिये ले जाने पर आशाओं के रुकने की कही भी व्यवस्था नहीं है।
- म.प्र. में ऑगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र का विचार बहुत अच्छा है, इसके माध्यम से लोगो को ग्राम स्तर पर ही स्वास्थ्य कि सेवाएँ उपलब्ध करवायी जा रही है। ग्राम आरोग्य केन्द्र पर महिलाओं द्वारा ज्यादा संख्या में आकर सुविधाओं का लाभ लिया जा रहा है। परन्तु ग्राम आरोग्य केन्द्र के लिये कोई निश्चित परियोजना तैयार नहीं कि गई है। इसके लिये रूपयों का कोई प्रावधान नहीं है, ग्राम आरोग्य केन्द्र पर कौन सेवाएँ देगा, विभागीय

समन्वय किस प्रकार से होगा यह स्पष्ट रूप से तय नहीं है, ग्राम आरोग्य केन्द्र पर आशाओं को किसी प्रकार कि चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है, इसका फालोअप भी नहीं किया जा रहा है।

- ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिति के माध्यम से संचालित विभिन्न स्वास्थ्य सेवाओं ,समुदाय और शासन के मध्य सेतु की तरह कार्य करते हुए ग्राम आरोग्य केन्द्रों को सुचारु रूप से चलाने में ,गाँव के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को उनके काम में सहयोग, समन्वय, मार्गदर्शन और ग्राम स्वास्थ्य योजना बनाना आदि ।

समिति से इन प्रमुख कार्य को पुर्ण करने कि अपेक्षा थी। समिती के सदस्यों का प्रशिक्षण अच्छे से नहीं होने के कारण समिती के सभी सदस्यों को समिती द्वारा क्या-क्या कार्य करना है , इस विषय में पुर्ण जानकारी नहीं है। आशा प्रेरको को समिती के सदस्यों से पुर्ण रूप से सहयोग नहीं मिल पा रहा है,समुदाय , पंचायत वह विभागीय स्तर पर आने वाली समस्याओं पर कोई कार्यवाही नहीं कि जा रहीं।

एक अन्य पहलू यह है कि समिती में अध्यक्ष गाँव कि कोई महिला होगी परन्तु पुरुष प्रधान समाज होने के कारण अनेक स्थान पर पाया गया कि महिला को पद सिर्फ खानापुर्ति के लिये दिया गया है, उन महिलाओं के कार्य (बैठक में जाना, रूपयों कि जानकारी) उनके पतियों के द्वारा किये जा रहे हैं। इस कारण महिलाओं में जानकारी का स्तर कम है। अन्य महिला सदस्यों के साथ भी यही हाँ रहा है। इस कारण कई बार समिती कि अध्यक्ष आशा प्रेरक से अनटाईट फंड में से रूपयों कि मॉग करती है।

इस अध्ययन से पुर्व भी बहुत से अध्ययन किये गये हैं उनमें व इस अध्ययन में कुछ चुनौतियाँ मिलती हैं जैसे— 6 JOURNAL OF GLOBAL HEALTH CARE SYSTEMS/VOLUME3, NUMBER 2, 2013

7 Final Report Evaluation of ASHA Programme in Karnataka April 2012

ओडीसा राज्य में हुए इस अध्ययन में आशा प्रेरको को होने वाली

आर्थिक – आर्थिक चुनौतिया प्रोत्साहन राशि (incentive) को लेकर आ रही हैं।

तार्किक – (Logistic) में जननी सुरक्षा वह एम्बुलेन्स को (108) को लेकर चुनौतियाँ आ रही हैं।

कार्य कि अधिकता – दोनो (ओडीसा व कर्नाटक राज्य) अध्ययनों में आशा प्रेरको को कार्य कि अधिकता से होने वाली चुनौतियो जैसे – समय कि अधिकता व जनसंख्या (Working Hours and population coverage) के बारे में जानकारी प्राप्त होती है,

इन तीनों राज्यों ओडीसा ,कर्नाटक व मध्य प्रदेश में आशा प्रेरको को एक समान ही चुनौतियों का सामना करना पड़ रहा है।

इस अध्ययन से आशा प्रेरको कि कुछ और नयी चुनौतियाँ निकल के आ रही हैं :-

1. जाति के आधार :-
2. विभाग स्तर कि चुनौतियाँ:- (ग्राम स्तर, ब्लॉक स्तर ,जिला स्तर)
3. आँगनवाड़ी सह आरोग्य केन्द्र कि चुनौतियाँ :-
4. ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती कि चुनौतियाँ :-
5. भौगोलिक स्तर कि चुनौतियाँ :-

6. Conclusion :-

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का मुख्य उद्देश्य आशा प्रेरकों के माध्यम से पूर्ण होता हुआ नजर आ रहा है। आशा प्रेरको के द्वारा ग्राम स्तर समुदायीकरण के लिये जो कार्य किये जा रहे हैं, वो प्रशंसा योग्य हैं, आशा प्रेरको को अपने ही समुदाय के लिये कार्य करने में बहुत खुशी मिल रही है,आशा का कार्य करते हुए गाँव में उनकी एक अलग पहचान बनी, उन्हें स्वयं (पहले पति के नाम) उनके नाम से समुदाय में जाना जा रहा है। भारत में लगभग 9 लाख आशा व मध्य प्रदेश में 56,188 आशा प्रेरक हैं। इनके माध्यम से महिलाओं व बच्चों के मातृ -मृत्यु ,शिशु -मृत्यु में कमी आ रही है। समुदाय को ग्राम स्तर पर हि स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त हो रही हैं। ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती \iff आँगनवाड़ी सह आरोग्य केन्द्र \iff आशा प्रेरक इन तीनों में गहरा संबंध है, यह एक - दुसरे को कार्यो को प्रभावित करता है।

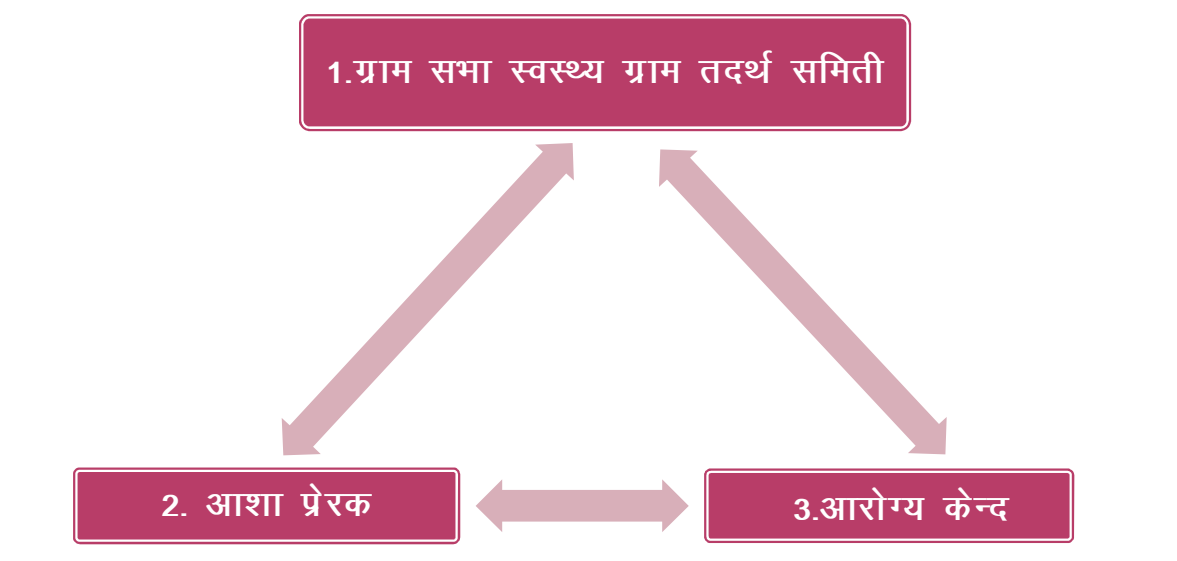
7. Limitations of the Study:-

- इस अध्ययन में सर्वे संख्या (31) कम थी ।
- समय आभाव होने के कारण समुह चर्चा व ब्लॉक मेडिकल आफिसर व जिला स्वास्थ्य अधिकारियों से साक्षात्कार नहीं हो पाया।
- भौगोलिक क्षेत्र व प्राकृतिक परिस्थितियों (अधिक वर्षा) ने कारण चयनित गाँवों में सर्वे नहीं कर पायें।

8. Future Areas of Research:-

- आशा प्रेरको द्वारा समुदाय को दि जाने वाली स्वास्थ्य सेवाओं कि गुणवक्ता के स्तर को जानने के लिये
- समुदाय व स्वास्थ्य विभाग द्वारा आशाओं को दिये जाने वाले सहयोग कि प्रक्रिया को जानने हेतु ,अध्ययन करना ।

9. Reflection & suggestions:-



1. ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती – यह एक स्वतन्त्र संस्था हैं, इस समिति के माध्यम से समुदाय और सरकार के बीच कड़ी की तरह कार्य करते हुए , ग्राम आरोग्य केन्द्रों को सुचारू क्रियान्वयन में गाँव के स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं को सहयोग कर, समन्वय और निगरानी ,वह ग्राम स्वास्थ्य योजना बनाने का कार्य सौंपा गया हैं।

यह एक बहुत महत्वपूर्ण कार्य हैं। इसमें सक्रिय रूप से कार्य करने वाले सदस्यों व अच्छे से प्रशिक्षण होना अवश्यक हैं। तभी यह सदस्य अपनी जिम्मेदारी व कार्य – निगरानी ,मुल्याकन को कर पायेगे। आशा प्रेरको, नर्स व आर्गनवाड़ी कार्यकर्ताओं को उनके कार्य में सहयोग भी करेगे।

2. आशा – ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती के सदस्यों द्वारा अच्छे से कार्य व सहयोग करने से आशा प्रेरक को अपनी जिम्मेदारी पुर्ण करने में सहयोग प्राप्त होगा व समुदाय में कार्य करने में कम चुनौतियो का सामना करना होगा। ग्रामिणों तक स्वास्थ्य सेवा कि पहुँच होगी , ग्राम स्तर पर सेवा प्रदाताओं के बीच अच्छा समन्वय होगा ।

3. ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती व आशा के मजबुत समन्वय के कारण ऑगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र पर सभी सुविधाएँ उपलब्ध होगी । ग्रामिणों को ग्राम स्तर पर हि स्वास्थ्य सेवाएँ प्राप्त होगी ।

Suggestions:-

1. आशा प्रेरक (प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य प्रेरक) को प्रेरक हि रहने दो आशा कार्यकर्ता (प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता) मत बनानों ,प्रशिक्षणों में आशाओं को अपनी भुमिका व जिम्मेदारियों के साथ हि **Social Activist** के विषय में आशा को बतायें और समुदाय, ग्राम स्तरीय सेवा प्रदाताओं व विभागों को भी इसकी जानकारी देना चाहियें ।
2. जाति प्रथा को कम करने हेतु समुदाय स्तर पर सामुहिक कार्यक्रमो व गतिविधियों को बढ़ावा देना चाहियें ,जहाँ पर सभी एक साथ मिलकर भाग ले ।
3. आशा प्रेरको को प्रतिमाह निश्चित मानेदय देना चाहिये ।
4. आशा प्रेरक को काम के संबंध में आने –जाने पर बस किराया का भी अलग से प्रावधान होना चाहिये ।
5. एक गाँव में एक से अधिक आशा होनेव जनसंख्या कम होने पर सभी को समान लाभ व अवसर देना होगा ।
6. आशा को अन्य विभागों द्वारा कार्य नहीं देना चाहियें, सिर्फ उसे NRHM कि गाईड लाईन में लिखे कार्य ही करवाना चाहियें ।
7. आशा को स्व सहायता समुह, महिला मंडल , किशोर – किशोरीयो व स्कुल स्तर पर बच्चों को स्वास्थ्य के विषय में जानकारी देने से समुदाय में आसानी से जानकारी को फैलाया जा सकेगा ।
8. गर्भवती महिलाओं के खातें खुलवाने हेतु आशाओं को स्वास्थ्य विभाग व ग्राम सभा के द्वारा बैंक को लिखित लेटर देना चाहियें ,जिससे आसानी से खातें खोले जा सके ।
9. स्वास्थ्य विभाग ,महिला बाल विकास, पंचायत सदस्यों व आशा कि त्रैमासिक संवाद बैठक ग्राम स्तर पर होना चाहिये । जिससे एक – दुसरे के कार्य के विषय में जानकारी व मुल्याकन में आसानी होगी, ।
- 10.ऑगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्य केन्द्र कि एक निश्चित कार्ययोजना बनाना चाहियें (निगरानी , जिम्मेदारी, बजट, सहयोग आदि)
11. ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती में स्वास्थ्य के प्रति रूचि लेने वाले व्यक्तियों का हि चयन करना चाहिये, प्रतिमाह बैठक कि निगरानी विभागों द्वारा करना होगी । प्रशिक्षण के स्तर में सुधार करना होगा ।
12. ब्लाक व जिला स्तर पर आशा प्रेरको के लिये रेस्ट रूप (विश्राम गृह) की व्यवस्था करना चाहिये ।
- 11.आशा प्रेरको का बीमा सरकार द्वारा किया जाना चाहिये ।
12. ग्राम स्तर पर आक्समिक राशि कि व्यवस्था करना चाहिये जिसमें जननी सुरक्षा के वाहन के ना आने पर उस राशि से अन्य प्रायवेट वाहन कि व्यवस्था कि जा सके ।

13. आशा कार्यक्रम व आशा से संबंधीत सभी पुस्तको में आशा को **प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य प्रेरक** लिखा जाये, प्रमाणित सामाजिक स्वास्थ्य **कार्यकर्ता** नहीं।

14. आशा प्रेरको को संचारी – गैर संचारी (**communicable - Non communicable Diseases**)रोगो , मानसीक स्वास्थ्य पर प्रशिक्षण देने की बहुत आवश्यकता हैं।

15.आशाओं से टारगेट आधारित (परिवार नियोजन– नसबंदी) कार्य नहीं करवाना चाहिये।

(राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन – एक विश्लेषण और कियान्वयन सर्तकता जन स्वास्थ्य अभियान मूल –अंग्रजी 2005 हिन्दी संस्करण मार्च 2007 संकलन व योगदान अभय शुक्ला – जो वर्गीस में पृष्ठ क्र. 10–11 में पर ध्यान , RCH परिवार नियोजन कार्यक्रमों के विपरीत प्रभाव की संभावना में – परिवार नियोजन –आशा के कार्य पर हावी होने की बात की गयी थी)

10. References :–

1- स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिये सामुदायिक निगरानी –क्रियान्वयन मार्गदर्शिका प्रकाशक – म.प्र. विज्ञान सभा एवं साथी सेहत मार्च 2008 सम्पादन –डॉ. अजय खरे

2 - राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन – एक विश्लेषण और कियान्वयन सर्तकता जन स्वास्थ्य अभियान मूल –अंग्रजी 2005 हिन्दी संस्करण मार्च 2007 संकलन व योगदान अभय शुक्ला – जो वर्गीस

1. 2 - स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिये सामुदायिक निगरानी –क्रियान्वयन मार्गदर्शिका प्रकाशक – म.प्र. विज्ञान सभा एवं साथी सेहत मार्च 2008 सम्पादन –डॉ. अजय खरे

3- आशा माड्यूल 6 – दक्षताएँ जो जीवन रक्षा कर सकें

4 - www.communityactionmp.org

5 – राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का सामुदायीकरण – ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती – मध्य प्रदेश वॉलन्ट्री हेल्थ एसोसिएशन व पैक्स कार्यक्रम

6 JOURNAL OF GLOBAL HEALTH CARE SYSTEMS/VOLUME3, NUMBER 2, 2013
(CanASHA be the ray of hope for providing MCH services in Odisha, India? Exploring through a qualitative study)

7 Final Report Evaluation of ASHA Programme in Karnataka under the NATIONAL RURAL HEALTH MISSION April 2012

VII. Overall conclusion -

मेरा सोचारा का यह एक साल का सफर मेरे लिये बहुत महत्वपूर्ण है, सोचारा ने मुझे अपने परिवार का हिस्सा बनने का मौका दिया। **SOCHARA** का सी.एच.एल.पी कार्यक्रम के अन्तर्गत 6 माह बैंगलोर में विभिन्न मुद्दों पर अनुभवियों के द्वारा हमारे सत्र (sessions) लिए जिन्हें बहुत गहराई से छोटी – छोटी बातों के विषय में बताया और यह स्वास्थ्य को कैसे प्रभावित करता का इसका संबंध दिखाया, सोचारा का सिखाने का वातावरण दोस्ताना है, यहा बहुत ही अच्छे तरीको (Methods) से मुद्दों को बताया गया, **SOCHARA** का यह कार्यक्रम व इनका सिखाने (learning) का तरीका अन्य संस्थाओं से अलग हैं। सोचारा सिर्फ भवन , सामग्री पर कार्य नहीं कर रहा, यह मानव संसाधन को बढ़ाने पर कार्य कर रहा है, इस Fellowship के माध्यम से सामाजिक कार्यकर्ताओं कि क्षमताओं का विकास कर रहा है, जिसका लाभ कार्यकर्ताओं के माध्यम से समुदाय के जरूरत मन्द लोगो को होगा।

6 माह फिल्ड के दौरान मेने जाना कि सिर्फ योजनाएँ बनाने से काम नहीं चलता ,उन योजनाओं का ठिक से क्रियान्वयन व मुंल्याकन होना आवश्यक है, ज़मीनी स्तर पर अभी भी लोगो कि पहुँच स्वास्थ्य सुविधाओं पर नहीं है ,अन्धविश्वास के कारण अनेक बिमारीयों जैसे – मानसिक रोग ,कृष्ट , को पुराने जन्म का पाप माना जाता है, इस बिमारीयों पर डॉक्टर को ना दिखाकर जादु – टोने में विश्वास किया जाता है।

सरकार कि इतनी योजनाओ व विभिन्न जागरूकता कार्यक्रम के बाद भी समुदाय में जानकारी कि कमी है, दुसरी और प्रायवेट पब्लिक पाटनरशिप (PPP) के नाम पर प्रायवेट अस्पतालो के द्वारा ईलाज के नाम पर शोषण किया जा रहा है। आयुर्वेदिक और घरेरू उपायों का उपयोग बहुत कम किया जा रहा है। विदेशी दँवाईयो का उपयोग दिन पर दिन बड़ता जा रहा है। रासायनिक इन दँवाईयो के ज्यादा उपयोग से लोगो में अनेक बिमारीया हो रही है। आज इस स्थिति का मुख्य कारण लोगो कि जीवन शैली व खान–पान में बदलाव है।

हमें समुदाय में सकारात्मक रूप से ज़मीनी स्तर से कार्य कि शुरूवात करना होगी , आयुष को बड़वा देकर, विदेशी दँवाईयो का प्रयोग से होने वाले नुकसान से लोगो को परिचित करवाना होगा, समुदाय को स्वास्थ्य के सामुदायीकरण में ज्यादा से ज्यादा सहभागिता के लिये प्ररित करना होगा।

VIII. Reading lists -

- 1- आशा सहयोगिनी प्रशिक्षण राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन राजस्थान,2009
2. ऑगनवाड़ी सह ग्राम आरोग्या केन्द्र, www.communityactionmp.org
- 3.स्वास्थ्य सेवाओं में सुधार के लिये सामुदायिक निगरानी –क्रियान्वयन मार्गदर्शिका प्रकाशक – म.प्र. विज्ञान सभा एवं साथी सेहत मार्च 2008 सम्पादन –डॉ. अजय खरे
4. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन – एक विश्लेषण और क्रियान्वयन सर्तकता जन स्वास्थ्य अभियान मूल –अंग्रजी 2005 हिन्दी संस्करण मार्च 2007 संकलन व योगदान अभय शुक्ला – जो वर्गीस
- 6 आशा माड्यूल 6 – दक्षताएँ जो जीवन रक्षा कर सकें
- 7.आशा माड्यूल 7 –
- 8 राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का सामुदायीकरण – ग्राम सभा स्वस्थ ग्राम तदर्थ समिती – मध्य प्रदेश वॉलन्ट्री हेल्थ एसोसिएशन व पैक्स कार्यक्रम
9. www.communityactionmp.org
10. JOURNAL OF GLOBAL HEALTH CARE SYSTEMS/VOLUME3, NUMBER 2, 2013
(CanASHA be the ray of hope for providing MCH services in Odisha, India? Exploring through a qualitative study)
11. Final Report Evaluation of ASHA Programme in Karnataka under the NATIONAL RURAL HEALTH MISSION April 2012
12. National Health programmes of india,Fourth Edition- J. Kishore Community process Guidelines 2013
- 13.National population policy -Hindi
14. A study of interface of ASHA with the community and the service provider in Eastern 2008-9 Department of community Medicine (SPM) BRD medical college, Gorakhpur Uttar Pradesh
15. **A study on ASHA -a change agent of the society** Indian Journal of Community Health, Vol. 24, No. 1, Jan. 2012 - March 2012

IX. Photos -



